

助産所開設者失そう届出書

令和 年 月 日

堺市保健所長 様

届出者住所.....

氏名.....印

続柄.....

電話.....( ).....

下記のとおり、助産所開設者が失そうの宣告を受けましたので、医療法第9条第2項の規定により届出します。

1 開設者の住所・氏名	住 所			
	氏 名			
	電 話	( )		
2 助産所の名称	(フリガナ)			
3 開設の場所	開設場所	〒		
	電 話	( )	FAX	( )
4 失そう宣告年月日	令和 年 月 日			

堺市保健所受付印