

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.....

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 |
| |