

オンライン診療受診施設設置者死亡・失踪届出書

年 月 日

堺市保健所長 様

届出義務者 住所 〒.....  
 (フリガナ) .....  
 氏名 .....  
 設置者との続柄 .....  
 電話番号 .....

下記のとおり、オンライン診療受診施設の設置者が 死亡した ・失踪の宣告を受けた ので、医療法第9条第2項の規定により届け出ます。

1. 設置者	住 所	〒
	氏 名	(フリガナ)
2. オンライン診療受診施設の名称		(フリガナ)
3. 設 置 の 場 所		〒 電話番号
4. 死亡・失踪の宣告	年月日	

- 注1 死亡の場合の届出義務者は、次のとおりである。
- (1) 同居の親族
  - (2) その他の同居者
  - (3) 家主、地主又は家屋若しくは土地の管理人
- 2 死亡の届出は、同居の親族以外の親族、後見人、保佐人、補助人、任意後見人及び任意後見受任者も、これを行うことができる。
- 3 失踪の場合の届出義務者は、失踪宣告の裁判を請求した者である。
- 4 失踪の宣告年月日は、民法第30条の規定により宣告をされた年月日

※堺市保健所受付印