

診療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、診療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 診療所の名称	(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