様式第9号(第6条関係)

|  |
| --- |
| 年　　月　　日  (あて先)岐阜市保健所長  届出者住所    (続柄)  氏名  電話(　　　)　　　―  病院(診療所・助産所)開設者死亡(失そう)届  　開設者が死亡した(失そうの宣告を受けた)ので、医療法第9条第2項の規定により次のとおり届け出ます。  1　名称  2　開設場所  3　開設者氏名  4　死亡又は失そうの宣告を受けた年月日  　　年　　月　　日  5　診療録(助産録)の保存先  　　　保存者  　　　連絡先  　　　保存先住所 |

注：1　この届出は、戸籍上の届出義務者がすること。

　　2　死亡又は失そうの宣告を受けたことを証する書類を添付すること。

　　3　死亡又は失そうの宣告を受けた日から10日以内に届け出なければならない。