**病院・診療所・助産所開設者死亡・失踪届**

年　　月　　日

（あて先）

　一宮市保健所長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出者 | 住所 |  |
|  | 死亡（失踪）者との続柄 |  |
| 氏名 |  |
|  | 電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 次のとおり | 病院 | の開設者が | 死亡  失踪宣言を受け | ました。 |
| 診療所 |
| 助産所 |

|  |  |
| --- | --- |
| 廃止になった施設の名称 |  |
| 開設されていた場所 |  |
|  |  |
| 死亡（失そう宣告）の年月日 | 年　　　月　　　日 |