

**診療所**  
**開設者死亡(失そう)届**  
**助産所**

年 月 日

(宛先)  
大津市保健所長

届出者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(開設者との続柄 \_\_\_\_\_ )

電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり診療所（助産所）の開設者が死亡（失そう）したので、医療法第 9 条第 2 項の規定により届け出ます。

開設者	住 所		
	氏 名		
診療所（助産所）の名称		(フリガナ)	
診療所（助産所）の所在地		所在地	
		電話番号	
死亡（失そう） 年月日			

注 用紙の大きさは、日本産業規格 A 列 4 番とします。