

**診療所
開設者死亡（失踪）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（失踪）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（失踪） 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。