

様式 9

病院（診療所・助産所）開設者死亡（失そう）届

年 月 日

（宛先）札幌市保健所長

届出義務者 住所
氏名
死亡（失踪）者との続柄

開設者が死亡した（失踪の宣告を受けた）ので、医療法第9条第2項の規定により、
下記のとおり届け出ます。

記

- 1 名称
- 2 所在地
- 3 開設許可（届出）年月日及び番号
- 4 開設者の氏名
- 5 死亡（失そう）の年月日

注 開設していた者の戸籍謄本（抄本）を添付してください。

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。