

オンライン診療受診施設開設者死亡（失踪）届

年 月 日

（宛先）秋田市保健所長

法定届出義務者

〒 _____

住 所 _____

死亡者（失踪者）との続柄：

（ふりがな）

氏 名 _____

（電 話： _____）

オンライン診療受診施設の開設者が死亡した（失踪の宣告を受けた）ので、医療法第9条第2項の規定に基づき届け出ます。

1 名称および所在地

(1) 名 称 _____（電話： _____）

(2) 所在地 〒 _____
秋田市 _____

2 開設者氏名

氏名 _____

3 死亡（失踪）の年月日： _____ 年 月 日

[備 考]

死亡の場合は死亡診断書の写し又は除籍謄本の写しを、失踪の場合は失踪宣告書の写しを添付すること