|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 月 日 | | | | | | |
| 葛飾区保健所長 あて | | | | | | |
|  | | | | 住 所 | | |
| 届出者 | | | |  | | |
|  | | | | 氏 名 | | |
|  | | | | 電話番号 （ ）  ﾌｧｸｼﾐﾘ番号 （ ） | | |
| 〔 | | | | | 開設者と届出者の続柄  開設者の（　　　　　　　　　） | 〕 |
| 診療所（歯科診療所又は助産所）開設者死亡（失そう）届 | | | | | | |
| 開設者が死亡した（失そう宣告を受けた）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 | 開設者の氏名 | |  | | | |
| ２ | 開設者の住所 | | 電話　　（　　　　　）　　　　　　　ＦＡＸ　　（　　　　　） | | | |
| ３ | 診療所（歯科診療所又は助産所）の  名称 | |  | | | |
| ４ | 診療所（歯科診療所又は助産所）の  所在地 | | 葛飾区  電話　　（　　　　　）　　　　　　　ＦＡＸ　　（　　　　　） | | | |
| ５ | 開設許可  （開設届出）  年月日及び  同番号 | 年　　　月　　　日　第　　　　　　号　　許可　・　届出 | | | | |
| ６ | 廃止の理由 | □　開設者死亡のため（　　　　　　年　　月　　日　死亡）  □　開設者失踪のため（　　　　　　年　　月　　日　失踪届出） | | | | |
| ７ | 廃止の年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | |

（添付書類）　失そう宣告の写し、戸（除）籍謄（抄）本又は死亡診断書

（ 備　考 ）　該当する□の中にレを付けてください。

（　 注 　）　この届出は、戸籍法の規定による死亡の届出義務者又は失そうの届出義務者が行うこと。

**副本が必要な場合は、提出書類は正副2部ずつご用意ください。**