第19号様式(第12条関係)

病院(診療所・助産所)開設者死亡(失そう)届

年　　月　　日

　　大分県知事　　　　殿

住所

届出者

氏名

死亡者(失そう者)との続柄

電話番号(　　　)　　－

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

記

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 開設許可(届出)年月日及び番号 | 年　　　月　　　日　　第　　　　　号 |
| 開設者の氏名 |  |
| 死亡(失そう)の年月日 | 年　　　月　　　日 |

　注　この届出は、戸籍法上の届出義務者がすること。