

【様式第 20 号】

病院、診療所又は助産所の開設者の死亡又は失踪届

年 月 日

(あて先) 秋 田 県 知 事

法定届出義務者住所  
死亡者（失踪者）との続柄  
氏 名

病院（診療所、助産所）開設者の死亡（失踪）について（届出）

病院（診療所、助産所）開設者死亡（失踪）について、医療法第 9 条第 2 項の規定により、次のとおり届け出ます。

1 名称及び所在地

(名 称)	(所在地)
-------	-------

2 開設者氏名

--

3 死亡（失踪）の年月日

--

【文書作成責任者等の連絡先】

(住 所)

(責任者または担当者名)

(連絡先) 電話番号：

メールアドレス：

[備考]

- 1 この届出は、戸籍法上の届出義務者がすること。
- 2 開設者との続柄を記載した届出者の戸籍抄本を添付すること。