

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

(A4判)

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

2 開設者氏名

3 死亡（失踪）の年月日

備考

- 1 この届出は、戸籍法上の届出義務者がしてください。
- 2 開設者との続柄を記載した届出者の戸籍抄本を添付してください。

【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：