

様式第 18 号

病院、診療所又は助産所の開設者の死亡又は失踪届

(A 4 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：