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

（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：