別記第１２号様式（第２条関係）

　病院（診療所・助産所）開設者死亡（失踪）届出書

年　　月　　日

熊本県　　　　　保健所長　様

届出義務者　住所　〒

電話番号

開設者との続柄

氏名

法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名

次のとおり病院（診療所・助産所）の開設者が死亡した（失踪の宣告を受けた）ので死亡、医療法第９条第２項の規定により届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開設者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 病院（診療所・助産所）の名称 | |  |
| 開設の場所 | |  |
| 死亡（失踪の宣告）年月日 | |  |

（注）様式中不要の文字は、使途に従い抹消してください。