

(様式10)

病院開設者死亡・失そう届

令和 年 月 日

(宛先) 寝屋川市長

届出者住所 (〒 -)

氏名

(開設者との続柄:)

電話 ()

FAX ()

E-mail

下記のとおり、開設者が $\left\{ \begin{array}{l} \square \text{死亡} \\ \square \text{失そう} \end{array} \right\}$ しましたので、医療法第9条第2項の規定により届出します。

保健所受付印

提出部数: 1部

(様式10)

1 ふりがな 病院名		
2 開設の場所	郵便番号	〒 —
	所在地	
	電話	()
	F A X	()
	e-mail	
3 開設者の氏名		
4 開設者の住所	(〒 —)	
	電話 ()	
5 区分 (該当するものの□を☑にすること)	□死亡・□失そう	
6 死亡・失そう 宣告の年月日	令和 年 月 日	

注1 死亡の場合の届出義務者は、次のとおりである。

- (1) 同居の親族
 - (2) その他の同居者
 - (3) 家主、地主又は家屋若しくは土地の管理人
- 2 死亡の届出は、同居していない親族でもよい。
- 3 失そうの場合の届出義務者は、失そう宣告の裁判を請求した者である。
- 4 失そうの年月日は、民法第31条の規定により死亡したとみなされる日
- 5 医師又は歯科医師の籍登録の抹消申請をすること。

・添付書類

- 1 開設許可書、構造設備使用許可証

提出部数：1部