

オンライン診療受診施設設置者死亡・失踪届出書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 寝屋川市保健所長

設置者 住所 〒540-0000
大阪市中央区大手前〇丁目〇番〇号
(フリガナ) イカン タロウ
氏名 医看 太郎
(法人にあつては、名称、代表者の氏名及び主たる事務所の所在地)
電話番号 06(9999)9999
E-mail ikan2@****.****.jp

下記のとおり、オンライン診療受診施設の設置者が死亡した ~~一失踪の宣告を受けた~~ ので、医療法第9条第2項の規定により届け出ます。

1. 設置者	住 所	〒540-0000 大阪市中央区大手前〇丁目〇番〇号
	氏 名	(フリガナ) イカン イチロウ 医看 一郎
2. オンライン診療受診施設の名称		(フリガナ) イカンオンラインシンリョウジュシンシヤツ 医看オンライン診療受診施設
3. 設 置 の 場 所		〒572-0000 寝屋川市〇〇町〇丁目〇番〇号 電話番号 072(999)9999
4. 死亡 一失踪の宣告 年月日		令和〇〇年〇〇月〇〇日

- 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 失踪の場合の届出義務者は、失踪宣告の裁判を請求した者である。
- 4 失踪の年月日は、民法第30条の規定により宣告をされた年月日

保健所受付印