

第6号様式(第2条関係)

開設者死亡届
失 死
そ 亡
う 届

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号
届出者 住 所
氏 名 ①
続 柄
(電話 局 番)

病院
診療所
助産所
下記のとおり の開設者が 死亡 したので、医療法第9条第2項の
失 死
そ 亡
う 届
規定により届け出ます。

記

名 称	
所 在 地	
開設者の氏名	
死亡 失 死 そ 亡 う 届 年月日	年 月 日

添付書類

開設者の死亡又は失そう 宣告を受けた事実を記載してある戸籍謄本又は抄本

注 届出者の氏名を自署したときは、押印することを要しないこと。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。