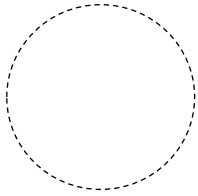


(様式医14)



病 院  
 診 療 所  
 助 産 所

開設者

死 亡  
 失 ぞ う

届

年 月 日

藤沢市保健所長

〒

住 所

届出者 氏 名

ふりがな

(開設者との続柄 )

電 話 ( )

次のとおり届け出ます。

ふりがな

1 名 称

2 所 在 地

神奈川県藤沢市

3 開設者の住所及び氏名

4 死亡(失そう)した年月日

年

月

日

添付書類

- ・ 開設者死亡の場合は、死亡診断書または戸籍(除籍)
- ・ 開設者失そうの場合は、失そう宣告書

備考

- ・ 戸籍法第87条の規定による死亡の届出義務者又は失そうの届出義務者が届出者となります
- ・ 免許に関する手続きとして、登録まつ消申請があわせて必要となります

以下、保健所使用欄

施行番号 : 202 - 010 -

標記のとおり届出があったため、受理するものです。

施設番号 :

起案 年月日 . .	所 長	副所長	課 長	主 幹	課長補佐	主 査	担 当	起案者
決裁 年月日 . .								