

(様式10)

## 病院開設者死亡・失そう届

令和 年 月 日

大阪市保健所長様

届出者住所 (〒 )

氏 名  
(開設者との続柄 )

電 話 ( )

下記のとおり、開設者が死亡・失そうしましたので、医療法第9条第2項の規定により届出します。

保健福祉センター受付印	大阪市保健所受付印

提出部数：2部

<p>(フリガナ)</p> <p>1 病 院 名</p>	
<p>2 開設の場所</p>	<p>(〒            )</p> <p style="text-align: right;">電 話            (            )</p>
<p>(フリガナ)</p> <p>3 開設者の氏名</p>	
<p>4 開設者の住所</p>	<p>(〒            )</p> <p style="text-align: right;">電 話            (            )</p>
<p>5 死亡・失そう 宣告の年月日</p>	<p style="text-align: center;">令和    年    月    日</p>