

診療所開設者死亡届出書

令和 年 月 日

大阪市保健所長 様

届出者住所.....

氏名.....

続柄.....

電話 ().....

下記のとおり診療所開設者が死亡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。

1. 開設者の 住所・氏名	住 所	〒		
	氏 名			
	電 話	()		
2. 診療所の 名 称	(フリガナ)			
3. 開設の場所	開設場所	〒		
	電 話	()	F A X	()
4. 死亡年月日	令和 年 月 日			

保健福祉センター受付印	大阪市保健所受付印	施設番号