

診療所開設者失そう届出書

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失そうの宣告を受け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. 失そう宣告 受けた年月日	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