

診療所 開設者 死亡届
助産所 失そう

年 月 日

(宛先) 岡崎市保健所長

届出義務者 住 所 _____

氏 名 _____ (※)

死亡者(失そう者)との続柄 _____

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

電話番号 (_____) _____

下記のとおり、開設者が 死 亡 し
失そう 宣告を受け ました。

記

廃止した施設の名称	
開設していた場所	
開設者氏名	
死亡(失そう宣告) の 年 月 日	年 月 日

提出者署名 _____