

診療所開設者死亡届
助産所失そう

(宛先) 岡崎市保健所長

年 月 日

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 (_____) _____

死亡しました。
下記のとおり、開設者が失そう 宣告を受け

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 _____