

様式第11号(第2条関係)

オンライン診療受診施設設置者死亡・失踪届出書

年 月 日

(宛先)前橋市保健所長

届出義務者 住所 〒

電話番号
開設者との続柄
氏名

医療法第9条第2項の規定により、下記のとおりオンライン診療受診施設の設置者の死亡(失踪宣告)を届け出ます。

設置者	住所 〒	
	氏名	
オンライン診療受診施設の名称		
設置の場所		
死亡・失踪の宣告 年月日		

注 この届出は、戸籍法の規定による届出義務者が行うこと。

添付書類 死亡の場合：戸籍抄本、除籍抄本、死亡診断書のいずれか（写しでも可）

失踪の場合：失踪の宣告を証する書類（写しでも可）