

診 療 所 死 亡 届  
助 産 所 開 設 者 失 所 届

年 月 日

(あて先) 名古屋市長

届出義務者 住所

死亡者（失所者）との続柄  
氏名  
(TEL FAX )

死 亡 し  
開設者が失所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、次のとおり届け出ます。

廃止になった施設の名称	
開設されていた場所	
開設者の氏名	
死亡（失所宣告）の年月日	年 月 日

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 とする。