病院開設者死亡・失そう届

　　年　　月　　日

大 阪 府 知 事　　　　　　　　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | （〶　　　－　　　　） |  |
| 届出者住所 |  |  |
| 氏名 |  |  |
|  | （開設者との続柄：　　　　　　　　　　　） |
| 電話 | 　　　　（　　　　） |  |
| ＦＡＸ | 　　　　（　　　　） |  |
| E-mail |  |  |

□死　亡

□失そう

下記のとおり、開設者が　　　　　　　しましたので、医療法第９条第２項の規定により届出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 保 健 所 受 付 印 | 保健医療企画課受付印 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ※入力済 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | ふりがな |  |
| 病　院　名 |  |
| ２　開設の場所 | 郵便番号 | 〶　　　　－　　　　　 |
| 所在地 |  |
| 電　話 | 　　　　（　　　　） |
| ＦＡＸ | 　　　　（　　　　） |
| e-mail | 　　　　　　　　@ |
| ３　開設者の氏名 | （開設者が医師又は歯科医師の場合のみ記載） |
| ４　開設者の住所 | （〶　　　　－　　　　　）電　話　　　　（　　　　） |
| ５　区分（該当するものの□を☑にすること） | □　死　亡　　・　　□　失　そ　う |
| ６　死亡・失そう宣告の年月日 | 　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
|  |  |

注１　死亡の場合の届出義務者は、次のとおりである。

(1)　同居の親族

(2)　その他の同居者

(3)　家主、地主又は家屋若しくは土地の管理人

２　死亡の届出は、同居していない親族でもよい。

３　失そうの場合の届出義務者は、失そう宣告の裁判を請求した者である。

４　失そうの年月日は、民法第31条の規定により死亡したとみなされる日

５　医師又は歯科医師の籍登録の抹消申請をすること。

・添付書類

１　開設許可書、構造設備使用許可証

以下について確認し、□に✓を記入してください。

◆医療機能情報提供制度に基づく「随時報告」により、死亡・失そう宣告の年月日を

廃止年月日として報告します（しました）。

□