（様式医１４）

□ 病　院 □ 診療所 □ 助産所 □ オンライン診療受診施設	□ 開設者 □ 設置者	□ 死亡 □ 失踪	届

年　　月　　日

藤沢市保健所長

〒　　－

住　所

届出者　ふりがな
氏　名

（開設者（設置者）との続柄：　　）

電　話　　（　　）

次のとおり届け出ます。

1　ふりがな
名　　称

2　所 在 地　　神奈川県藤沢市

3　開設者（設置者）の住所及び氏名

4　死亡（失踪）した年月日　　年　　月　　日

添付書類

・ 開設者（設置者）死亡の場合は、死亡診断書または戸籍（除籍）
・ 開設者（設置者）失踪の場合は、失踪宣告書

備考

・ 戸籍法第８７条の規定による死亡の届出義務者又は失踪の届出義務者が届出者となります
・ 免許に関する手続きとして、登録抹消申請があわせて必要となる場合があります

以下、保健所使用欄

施行番号 ： ２０２　－０１０－
施設番号 ：

標記のとおり届出があったため、受理するものです。

起案 年月日　・・	所　長	副所長	課　長	主　幹	課長補佐	主　査	担　当	起案者
決裁 年月日　・・								