第８号様式（第２条関係）

病院（診療所・助産所）開設者死亡（失踪）届

年　　月　　日

　越谷市長　宛

届出者　住　　所

氏　　名

死亡者（失踪者）との続柄

電話番号

　次のとおり、医療法第９条第２項の規定により届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 | 電話番号　　　　　 　　ＦＡＸ番号 |
| 開設許可・開設年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 許可番号 |  |
| 開設者氏名 |  |
| 死亡（失踪宣告）年月日 | 年　　　　月　　　　日 |