医３０号

**病 院**

 **診療所 開設者死亡（失そう）届**

 **助産所**

 年 月 日

 福岡市保健所長　　様

 　 　　　　　　　届出者

 次のとおり開設者が死亡した（失そうの宣告を受けた）ので、医療法第９条第２項の規定により

届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 開設者 | 住 所 | 〒 (℡　　　　　　　) | 施設の名称 |  |
| 氏 名 |  | 開設の場所 | 〒 (℡　　　　　　　) |
| 管理者 | 氏　　名 |  | 住　　所 | 〒 (℡　　　　　　　) |
| 診療科目 |  |
| 病院の病床数 | 　　 精　神 　 室 　　 床 　　感染症 　　 室 　　 床 　　結　核 　 室 　　 床 　　療　養 　 室 　　 床 　　一　般 　 室　　 床 |
|  　　合　計　　　　　室　　　　　床 |
| 診療所の病床数 | 室　　　　床（うち療養病床　　　室　　　　床） |
| 助産所の病床数 | 室　　　　床 |
| 死亡（失そう）の年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 備 考 |  |

[添付書類]

 　１ 死亡の場合は、死亡診断書の写し又は除籍謄本の写し

 　 ２ 失そうの場合は、失そう宣告書の写し

※開設者（医師、歯科医師、助産師）死亡の場合は、医師、歯科医師、助産師免許の抹消申請を併せて行うこと。