

様式第 9 号の 4

オンライン診療受診施設設置者死亡（失踪）届

年 月 日

(宛先)

滋賀県 保健所長

届出者 住所 〒

電話番号

設置者との続柄

氏名

次のとおりオンライン診療受診施設の設置者が死亡した（失踪の宣告を受けた）ので、
医療法第 9 条第 2 項の規定により届けます。

設 置 者	住 所	〒
	氏 名	
施 設 の 名 称		
設 置 の 場 所		〒 電話番号
死亡（失踪の宣告） 年月日		

注 用紙の大きさは、日本産業規格 A 列 4 番とします。