

様式第 9 号の 3

病 院
診 療 所 開設者死亡（失踪）届
助 産 所

年 月 日

(宛先)
滋賀県知事
滋賀県 保健所長

届出者 住所 〒
電話番号
開設者との続柄
氏名

次のとおり病院（診療所、助産所）の開設者が死亡した（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。

開 設 者	住 所	〒
	氏 名	
病院、診療所、助産所の名称		
病院、診療所、助産所の所在地		〒 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。