

第 1 8 号様式（第 1 1 条関係）

病院（診療所・助産所）開設者死亡・失踪届

年 月 日			
(宛先) 茅ヶ崎市保健所長			
住所又は所在地			
届出者 氏名（法人にあつては、名称及び代表者氏名）			
電話番号			
病院（診療所・助産所）の開設者が死亡し、又は失踪の宣告を受けたので、次のとおり届け出ます。			
病院、診療所又は助産所の名称			
病院、診療所又は助産所の所在地			
開設者	氏 名	届出者との続柄	
	住 所		
死亡し、又は失踪の宣告を受けた年月日		年 月 日	