

第 1 9 号様式（第 1 1 条関係）

オンライン診療受診施設設置者死亡・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（法人にあっては、名称及び代表者氏名）				
電話番号				
オンライン診療受診施設の設置者が死亡し、又は失踪の宣告を受けたので、次のとおり届け出ます。				
オンライン診療受診施設の名称				
オンライン診療受診施設の所在地				
設置者	住 所		届出者との続柄	
	氏 名			
死亡し、又は失踪の宣告を受けた年月日		年 月 日		