

(様式第13号)

助産所開設者死亡（失そう）届

年 月 日

長野県飯田保健所長 殿

氏名（戸籍法の規定に基づく届出義務者）

印

（死亡（失そう）者との続柄）

助産所の開設者が下記のとおり死亡し（失そうの宣言を受け）ましたので、医療法第9条第2項の規定により届出します。

記

1 助産所の名称

2 所在地

3 開設年月日 年 月 日

4 死亡（失そう）年月日 年 月 日

（注）死亡診断書又は戸籍抄本を添付すること。