|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第12号（第２条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）病院死亡失診療所　開設者　　　　　届助産所年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
| 　 静岡県知事　氏　　　名 | 様　法人にあっては、その　主たる事務所の所在地　法人にあっては、その　名称及び代表者の氏名 |
| 　 静岡県　　　　保健所長 |

住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出義務者氏名　　　　　　　　　　　　　　死亡した失の宣告を受けた　　次のとおり開設者が　　　　　　　　　　　　　ので、医療法第９条第２項の規定により届　け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 病院（診療所、助産所）の名称 |  |
| 開設の場所 |  |
| 開設者氏名 |  |
| 死亡（失宣告）年月日 |  |

 |