第16号様式（第10条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和年月日　 　 （宛先）大田区保健所長

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 死亡者（失そう者）との続柄 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ファクシミリ番号 |  |

診療所（歯科診療所又は助産所）開設者死亡（失そう）届開設者が死亡した（失そう宣告を受けた）ので、医療法第９条第２項の規定により、下記のとおり届け出ます。　　　　　　記 |
| １　名称 |  |
| ２ 所在地 | 大田区電話番号　　　 (　　　　)ファクシミリ番号　　　 (　　　　) |
| ３　開設許可（開設届出）年月日及び同番号 | 昭和・平成・令和年月日 | 第号 |
| ４　開設者の氏名 |  |
| ５　死亡（失そう）年月日 | 令和年月日 |
| ６　添付書類1)　死亡診断書又は戸（除）籍謄（抄）本、失そう宣告の写し2) 届出義務者であることを証明する書類（注）この届出は、戸籍法の規定による死亡の届出義務者又は失そうの届出義務者が行うこと。 |