明助　様式第１２号

**助産所開設者死亡(失そう宣告)届**

　　　　年　　月　　日

明石市長　様

戸籍法の届出義務者

住　　　所

本人との続柄

氏　　　名

電話　　　―　　　－　　　（担当：　　　）

次のとおり医療法第９条第２項の規定に基づき届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ |  |  |
| ２ | 助産所の所在地 | 〒　　　－　　　　TEL　　　　-　　　　-　　　　　FAX　　　　-　　　　-　　　　 |
| ３ | 開設者の氏名 |  |
| ４ | 開設者の住所 |  |
| ５ | 死亡（失そう宣告）年月日 | 　　　　年　　　月　　　　日 |

〔提出数〕2部（1部申請者控え）

〔提出日〕死亡・失そう宣告後10日以内

〔添付書類〕

□除籍抄本又は死亡診断書の写し

〔注意事項〕

・開設者が助産師の場合、免許証の登録抹消手続きが必要

・開設者が死亡又は失そう宣告を受けた場合、助産所廃止届は不要