

オンライン診療受診施設死亡（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 _____

設置者との続柄 _____

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 設置者	住 所	
	氏 名	
2 オンライン診療受診施設の名称		
3 設 置 の 場 所		
4 死亡・失踪の宣言 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