

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 | 助産所の名称 <small>ふりがな</small> | |
| 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