様式第14号（第７条関係）

開 設 者 死 亡 ・ 失 そ う 届

年　　月　　日

宮崎市保健所長　殿

届出者住所

開設者との続柄

氏名　　印

電話番号

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、次のとおり届け出ます。

開 設 者	住　　所			
	氏　　名			
名　　称			電話	
所　　在　　地				
開設者死亡（失そう宣告）年月日	年　　月　　日			

注意　届出は、法第９条第２項に規定する届出義務者が行うこと。