第12号様式（第９条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）

病院（診療所・助産所）開設者死亡（失踪）届

　　年　　月　　日

　神奈川県　　　保健福祉事務所長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　　）

　次のとおり開設者が死亡した（失踪宣告を受けた）ので、届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 開設者住所 |  |
| 開設者氏名 |  |
| 届出区分 | * 死亡した　　　□　失踪宣告を受けた
 |
| 死亡した（失踪宣告を受けた）年月日 | 　　　　年　　月　　日 |

添付書類　１　死亡した場合は、死亡診断書の写し又は戸籍（除籍）謄本（抄本）の原本

　　　　　２　失踪宣告を受けた場合は、失踪宣告の確定証明書