

(様式4)

## オンライン診療受診施設設置者死亡・失踪届出書

年 月 日

尼崎市保健所長 様

〒 -

届出義務者住所 \_\_\_\_\_  
(法人にあっては主たる事務所の所在地)

(ふりがな)  
届出義務者氏名 \_\_\_\_\_  
(法人にあっては、名称及び代表者の職氏名)  
電 話 - - (担当: )

次のとおりオンライン診療受診施設の設置者が 死亡した ・失踪の宣告を受けた ので、医療法第9条第2項の規定により届け出ます。

設 置 者	住 所	〒 -
	氏 名	
オンライン診療受診施設の名称 <small>ふりがな</small>		
設 置 の 場 所		〒 - TEL - - FAX - -
死亡・失踪の宣告 年月日		年 月 日

(注意事項)

- 1 設置者が死亡(失踪宣告)を受けたときは、この届出を死亡(失踪宣告)を受けた日から10日以内に2部提出すること(1部は設置者控え)。