

オンライン診療受診施設設置者死亡（失そう）届

年 月 日

長野市保健所長 宛

住 所

氏 名（戸籍法の規定に基づく届出義務者）

（死亡（失そう）者との続柄）

連絡先（電話）

オンライン診療受診施設の設置者が下記のとおり死亡し（失そうの宣言を受け）たので、医療法第9条第2項の規定により届出します。

記

1 設置者の住所及び 〒
氏名

2 オンライン診療受診施設の名称

3 設置の場所及び 〒
連絡先（電話）

4 設置年月日 年 月 日

5 死亡（失そう）年月日 年 月 日

（注）死亡診断書又は戸籍抄本を添付すること。