

## 助産所開設者死亡(失そう宣告)届

令和 年 月 日

尼崎市保健所長 様

戸籍法の届出義務者

住 所 \_\_\_\_\_

本人との続柄 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話 — — (担当: )

次のとおり助産所の開設者が(死亡した・失そう宣告を受けた)ので、医療法第9条第2項の規定に基づき届け出ます。

1	ふりがな 助産所の名称	
2	助産所の所在地	〒 — TEL — — FAX — —
3	開設者住所	
	開設者氏名	
	死亡(失踪宣告)年月日	令和 年 月 日

- 注) 1 副本が必要な場合、2部提出すること。  
2 戸籍法上の届出義務者による届けであること。  
3 開設者死亡の場合は、「助産所廃止届」は不要。