

(様式例 5)

(記載例)

オンライン診療受診施設設置者死亡・失踪届出書

令和〇年 〇月 〇日

神奈川県 〇〇保健福祉事務所長 殿

施設の設置者ではなく、届出者の住所・氏名を記載してください。

住所に関して神奈川県以外の場合は、都道府県名から記載してください。

届出義務者 住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇市△△ 〇丁目□□□□
電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
開設者との続柄 配偶者
氏名 〇〇 〇〇

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	〇〇市△△ 〇丁目□□□□
	氏名	〇〇 〇〇
オンライン診療受診施設の名称		〇〇〇〇
設置の場所		〇〇市△△ 〇丁目□□□□
死亡・失踪の宣告年月日		令和〇年 〇月 〇日

届出済みの正式名称を記載してください。

- 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

添付書類に漏れがないか確認してください。