

第16号様式（第10条関係）

年 月 日

(宛先) 港区長

住 所

死亡者(失踪者)との続柄

氏 名

電 話 番 号 ()

ファクシミリ番号 ()

診療所、助産所又はオンライン診療受診施設開設者又は設置者死亡(失踪)届
開設者又は設置者が死亡した(失踪宣告を受けた)ので、医療法第9条第2項の規
定により、下記のとおり届け出ます。

記

1 名 称	
2 所在地	電話番号 () ファクシミリ番号 ()
3 開設許可(開設(設置) 届出)年月日及び同番号	
4 開設者又は 設置者の氏名	
5 死亡(失踪)の年月日	年 月 日

添付書類

- 1 死亡診断書又は戸(除)籍謄(抄)本、失踪宣告の写し
- 2 届出義務者であることを証明する書類

(注) この届出は、戸籍法の規定による死亡の届出義務者又は失踪の届出義務者
が行うこと。