

(様式第41号)

オンライン診療受診施設設置者死亡・失踪届出書

年 月 日

千葉県 保健所長 様

届出義務者 住所 〒

電話番号
開設者との続柄
氏名

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		
設 置 の 場 所		
死 亡 ・ 失 踪 の 宣 告 年 月 日		