第２３号様式

病院(診療所、助産所)開設者死亡(失そう)届

　　年　　月　　日

(あて先)川崎市長

住所

氏名

開設者との続柄(　　　　)

電話番号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　次のとおり開設者が | 死亡した失そう宣告を受けた | ので届け出ます。 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| 開設者氏名 | 　 |
| 開設者住所 | 　 |
| 死亡した(失そうの宣告を受けた)年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |