

病院（診療所、助産所）開設者死亡（失踪）届

年 月 日

(宛先) 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
失踪宣告を受けた} 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（失踪の宣告を受けた）年月日	年 月 日