

様式第 18 号（第 15 条関係）

診療所（助産所）開設者死亡（失踪）届

令和〇年〇月〇日

水戸市長 様

※届出義務者の住所および氏名を記載

住 所 水戸市中央〇〇〇-〇〇

氏 名 〇〇 〇〇

連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

診療所（助産所）の開設者が（死亡した・失踪宣告を受けた）ので、医療法第 9 条第 2 項の規定により次のとおり届け出ます。

ふりがな	〇〇ないかくりにつく	
1 名称	〇〇内科クリニック	
2 開設の場所		
郵便番号	3 1 0 - 〇〇〇〇	
所在地	水戸市笠原町〇〇〇-〇〇	
3 開設届年月日	平成〇年〇月〇日	
4 開設者の住所及び氏名	住所	水戸市中央〇〇〇-〇〇
	氏名	〇〇 〇〇
5 死亡又は失踪宣告の別	死亡・失踪宣告	
6 死亡（失踪宣告）年月日	令和〇年〇月〇日	
7 添付書類	(1) 死亡診断書若しくは戸（除）籍謄（抄）本又は失踪宣告の写し (2) 届出義務者であることを証明する書類 例：戸籍謄本、住民票の写し、運転免許証やマイナンバーカードの写し など	

注 この届出は、戸籍法の規定による死亡又は失踪の届出義務者が行うこと。

※戸籍法の規定による届出義務者とは、

[死亡の場合]同居の親族，その他の同居人，家主，地主又は家屋若しくは土地の管理人

[失そうの場合]失そう宣告の裁判を請求した者