

オンライン診療受診施設設置者死亡・失踪届出書

令和 年 月 日

(宛先) 高槻市保健所長

届出義務者 住所 〒.....

 (フリガナ)
 氏名
 設置者との続柄
 電話番号

下記のとおり、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。

| | | |
|-------------------|----------|--------|
| 1. 設置者 | 住 所 | 〒 |
| | 氏 名 | (フリガナ) |
| 2. オンライン診療受診施設の名称 | (フリガナ) | |
| 3. 設 置 の 場 所 | 〒 | |
| 4. 死亡・失踪の宣告 年月日 | 令和 年 月 日 | |

注1 死亡の場合の届出義務者は、次のとおりである。

- (1) 同居の親族
 - (2) その他の同居者
 - (3) 家主、地主又は家屋若しくは土地の管理人
- 2 死亡の届出は、同居していない親族でもよい。
- 3 失踪の場合の届出義務者は、失踪宣告の裁判を請求した者である。
- 4 失踪の年月日は、民法第31条の規定により死亡したとみなされる日

受付印