**第19号様式**（第10条関係）

年　　月　　日

高知県知事　様

届出者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　㊞

開設者との続柄

病院（診療所・助産所）開設者死亡（失踪）届出書

病院、診療所又は助産所の開設者が死亡し、又は失踪の宣告を受けましたので、医療法第９条第２項の規定により下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

記

１　死亡し、又は失踪の宣告を受けた病院、診療所又は助産所の開設者の住所及び氏名

２　病院、診療所又は助産所の名称

３　病院、診療所又は助産所の所在の場所及び電話番号

４　死亡し、又は失踪の宣告を受けた年月日

注　１　戸籍法の規定による死亡又は失踪の届出義務者の方が届け出てください。

２　死亡し、又は失踪の宣告を受けた開設者と届出義務者との続柄が記載された戸籍抄本及び開設者が死亡し、又は失踪の宣告を受けたことが記載された戸籍抄本を添えてください。

３　開設者が死亡し、又は失踪の宣告を受けた日から10日以内に届け出てください。