

(様式4)

オンライン診療受診施設設置者死亡・失踪届出書

年 月 日

(宛先) 奈良市保健所長

届出義務者 住所 〒

電話番号
開設者との続柄
氏名

次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。

設 置 者	住 所	
	氏 名	
オンライン診療受診施設の名称		
設 置 の 場 所		
死亡・失踪の宣告 年月日		