|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第12号（第２条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  病院  死亡  失  診療所　開設者　　　　　届  助産所  年　月　日   |  |  | | --- | --- | | 静岡県知事　氏　　　名 | 様  　法人にあっては、その  　主たる事務所の所在地  　法人にあっては、その  　名称及び代表者の氏名 | | 静岡県　　　　保健所長 |   住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出義務者  氏名  死亡した  失の宣告を受けた  　　次のとおり開設者が　　　　　　　　　　　　　ので、医療法第９条第２項の規定により届  　け出ます。   |  |  | | --- | --- | | 病院（診療所、  助産所）の名称 |  | | 開設の場所 |  | | 開設者氏名 |  | | 死亡（失宣告）  年月日 |  | |