

様式第44号（第2条関係）

オンライン診療受診施設設置者死亡・失踪届出書

年 月 日

岩手県 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		