

様式第 1 1 号の 2（第 1 0 条関係）

オンライン診療受診施設設置者死亡（失踪）届

年 月 日

鳥取市保健所長 様

届出義務者 住所 〒

電話番号

設置者との続柄

氏名

（法人にあつては、名称、代表者の氏名及び主たる事務所の所在地）

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		