

様式第 1 2 号 (第 2 条関係)

		年 月 日
(提出先) 川越市保健所長		
届出者 住所 死亡者 (失踪者) との続柄 氏名 電話番号		
オンライン診療受診施設設置者死亡・失踪届		
医療法第 9 条第 2 項の規定により、次のとおり届け出ます。		
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		年 月 日