年　　　月　　　日

　八王子市長　殿

届出人住所

届出人氏名

医師との関係

死　亡　届

　身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師として指定されていた下記の者が死亡したので届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医師氏名 |  |
| 診療科名 |  |
| 担当科目 |  |
| 医療機関の名称  及び所在地 |  |
| 死亡年月日 | 年　　　　月　　　　日 |

（記入上の注意）

　１　２箇所以上の医療機関において指定されている場合は、診療に従事していた市内の全ての医療機関の名称及び所在地を併記すること。

　２　届出内容について確認することがあるので、事務担当者の所属、氏名及び連絡先を記入すること。

　担当者所属・氏名　　　　　　　　　（連絡先）