

保 險 医 師 死 亡 ・ 失 そ う 届
保 險 薬 剂 師

| | | | |
|---|------------------|--------|-------|
| 登録の記号及び番号 | 医 歯 薬 号 | | |
| 死亡又は失そうの宣告を受けた 保 險 医 (保 險 薬 剂 師) 氏 名 | | (フリガナ) | |
| | | | |
| 死亡又は失そうの宣告を受けた年月日 | 死亡 ・ 失そう | 平成 | 年 月 日 |

指定登録に関する省令第16条第2項の規定によりお届けいたします。

平成 年 月 日

届出者 (本人との続柄)

住所 〒 -

氏名

電話 - - 印

中国四国厚生局長 殿