年　　月　　日

青森県知事　　　　　　　　殿

届出者　氏名　　　　　　　　　　　　　　印

指定医死亡届出書

　児童福祉法第１９条の３に規定する指定医が死亡したので、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定医氏名 | |  |
| 死亡年月日 | |  |
| 届出者の  連絡先 | 氏名又は  医療機関の  名称 |  |
| 住所又は  所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |

注　届出者は、死亡した指定医の親族または診療に従事していた医療機関の管理者とする。