

## 指 定 医 死 亡 届

年 月 日

盛岡市長様

届出人 住所

氏名

(指定医との関係 )

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次の者が死亡したので、届出します。

記

指定医氏名	
診療科名	
医療機関名称 及び所在地	
死亡年月日	年 月 日