

## 死 亡 届

令和 年 月 日

倉敷市長 へ

住 所 \_\_\_\_\_

届出人氏名 \_\_\_\_\_

指定医師との続柄 \_\_\_\_\_

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もの  
が死亡したので届けます。

## 記

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