

# 受胎調節実地指導員死亡等届出書

令和 年 月 日

奈良県知事様

(申請者)

住所	〒 ー 電話番号( ) ー
氏名	(被指定者との続柄 ) ⑩

母体保護法施行規則第 15 条第 2 項の規定により、次のとおり受胎調節実地指導員の死亡等の届出をします。

被指定者の氏名	
生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日生
指定証番号	第 号
指定年月日	(昭・平・令) 年 月 日
理由及び年月日	死亡・失そう宣告 (昭・平・令) 年 月 日

添付書類等：1 指定証 2 標識の交付を受けた場合は、その標識

※保健所記入欄 (死亡・失そう) の事実確認済

令和 年 月 日

職・氏名 ⑩