|  |
| --- |
| 様式第8号 |
| 死亡 | 届 |
| 失そう |
| 年　　月　　日　　茨城県知事　　殿届出義務者氏名　　　　　　　　　　　　　受胎調節実地指導員との続柄届出の対象である受胎調節実地指導員の　本籍　住所 |
| 　上記の者は　　年　　月　　日 | 死亡した | ので受胎調節実施指導員の指定の |
| 失そう宣告を受けた |
| 取消を願いたくお届けします。 |
| (記載上の注意)　本文中の年月日には、受胎調節実地指導員の死亡又は失そう宣告の年月日を記入し「死亡した」「失そう宣告を受けた」ものいずれか該当しない字句を抹消すること。 |