

医療法人〇〇会の概要

設立認可年月日	平成 年 月 日	設立登記年月日	平成 年 月 日	
法人の種類	① <input type="checkbox"/> 財団 <input type="checkbox"/> 社団（ <input type="checkbox"/> 出資持分なし <input type="checkbox"/> 出資持分あり） ② <input type="checkbox"/> 社会医療法人 <input type="checkbox"/> 特別医療法人 <input type="checkbox"/> 特定医療法人 <input type="checkbox"/> 出資額限度法人 <input type="checkbox"/> その他 （注）該当する欄の <input type="checkbox"/> を塗りつぶすこと。			
事務所の所在地	〒 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地			
目的				
設立代表者				
理事及び監事 <u>（追加）</u>	役 職	氏 名	理事長との続柄	備 考
	理 事 長			
	理 事			
	理 事			
	理 事			
	理 事			
	監 事			
	計	名		
開設している 医療施設等 <u>（新規）</u>	医療機関名	〇〇病院		
	所 在 地	〒 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地		
	開設年月日	昭和 年 月 日	病床数	〇〇病床 〇〇〇床
	管 理 者 名			
	診 療 科 目			
	医療機関名	〇〇診療		
	所 在 地	〒 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地		
	開設年月日	平成 年 月 日	病床数	〇〇病床 〇〇〇床
	管 理 者 名			
	診 療 科 目			
	附帯業務名			
	所 在 地	〒 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地		
開設年月日	昭和 年 月 日			
管 理 者 名				
附帯業務名				
所 在 地	〒 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地			
開設年月日	平成 年 月 日			
管 理 者 名				

※定款（寄附行為）変更申請書の副申に添付すること。