医 療 法 人 ○ ○ 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　□ 財団　　□ 社団（ □ 出資持分なし　□ 出資持分あり ） ②　□ 社会医療法人　　□ 特別医療法人　　□ 特定医療法人 □ 出資額限度法人　　□ その他 （注）該当する欄の□を塗りつぶすこと。			
事務所の所在地	〒　　○○県○○市○○町○○番地			
目　　的				
設 立 代 表 者				
理事及び監事	役　　職	氏　　名	理事長との続柄	備　　考
	理 事 長			
	理　　事			
	理　　事			
	理　　事			
	理　　事			
（追　　加）	理　　事			
	監　　事			
	計	名		
開設している医療施設等	医療機関名	○○病院		
	所 在 地	〒　　○○県○○市○○町○○番地		
	開設年月日	昭和　　年　　月　　日	病床数	○○病床　○○○床
	管 理 者 名			
	診 療 科 目			
（新　　規）	医療機関名	○○診療		
	所 在 地	〒　　○○県○○市○○町○○番地		
	開設年月日	平成　　年　　月　　日	病床数	○○病床　○○○床
	管 理 者 名			
	診 療 科 目			
	附帯業務名			
	所 在 地	〒　　○○県○○市○○町○○番地		
	開設年月日	昭和　　年　　月　　日		
	管 理 者 名			
（新　　規）	附帯業務名			
	所 在 地	〒　　○○県○○市○○町○○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。