

平成 年 月 日

(基金の引受けの申込みをした者の氏名) 殿

住 所 (主たる事務所の住所)

医療法人 会

理 事 長 印

電話番号 ()

基金の割当ての決定について

この度は、医療法人 会の基金の引受けにお申し込みいただき、誠にありがとうございます。貴殿に下記に定める基金の額を割り当てることを決定しました。ご了解の上は(医療法人 会設立の上は)、当該基金の拠出に関する契約を締結したいと存じます。

記

貴殿に割り当てる基金の額 金 円

(内 訳)

種 別	金 額	内 容
現 金		
土 地		
建 物		
医 療 機 器		
医 薬 品		
...		
...		
資 産 合 計		
負 債		
差 引 額 (基金拠出額)		

(注) 医療法人の成立前にあつては、住所及び電話番号は設立代表者個人の住所及び電話番号である。