医療法人設立（解散）認可申請の申出書

栃木県保健福祉部医療政策課医療指導担当宛て

（FAX：028-623-3131）

（MAIL：iryo@pref.tochigi.lg.jp）

提出者住所

　　　氏名

下記のとおり、設立・解散認可申請を予定しますので、申し出ます。

※設立か解散かを○で囲んで下さい。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　分 | | 記　入　欄 |
| ①法人名称（仮称も可） | |  |
| ②現在開設中の医療機関について | |  |
|  | 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| ③申請事務担当者について | |  |
|  | 氏名 |  |
| 事務所名 |  |
| 連絡先 | TEL  FAX  MAIL |
| ④設立又は解散の時期 | | 年　　　　月 |

・本申出書に必要事項を記入し、FAX又はメールで医療政策課宛て提出して下さい。