

様式11 - 6

年 月 日

佐賀県知事 様

事務所所在地
届出者 医療法人名
理事長氏名
電話番号() -

医療法人分割登記完了届

年 月 日付け佐賀県指令 医 第 号で認可された医療法人 の分割登記
は、 年 月 日に完了したので、医療法施行令第5条の12の規定により届け出
ます。

(添付書類)

登記簿謄本又は登記事項証明書(原本)