

様式11 - 9

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() -

登記事項変更登記完了届

下記の通り、登記事項変更の登記を完了したので、医療法施行令第5条の12の規定により届け出ます。

記

登 記 事 項	登 記 年 月 日

(添付書類)

登記簿謄本又は登記事項証明書(原本)