

様式 14-1

年 月 日

佐賀県知事 様

事務所所在地
申 請 者 医療法人
理事長
電 話 ()

医療法人吸収分割認可申請書

医療法人 を下記のとおり吸収分割したいので、医療法第 60 条の 3 第 4 項及び医療法施行規則第 35 条の 8 第 1 項の規定に基づき、別添関係書類を添えて申請します。

記

吸収分割 医療法人	主たる事務所			
	名称			
	社団財団の別		持分の別	
	吸収分割後開設する医療機関の名称			
吸収分割承継 医療法人	主たる事務所			
	名称			
	社団財団の別		持分の別	
	吸収分割後開設する医療機関の名称			