|  |  |
| --- | --- |
| 年　　月　　日　東京都知事　殿主たる事務所の所在地　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　理事長氏名　　　　　　　　　　　　電話番号　　 (　　)

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　申請者 |

 |
| 主たる事務所の所在地　　　　名称　　　　　　　　　　　　理事長氏名　　　　　　　　　　　　 電話番号　　　(　　)　　　　　　医療法人吸収分割認可申請書　医療法人の吸収分割の認可を受けたいので、医療法第60条の３第４項の規定により、下記のとおり申請します。記 |
| 　 | 1　吸収分割医療法人 | 名称 | 　 | 　 |
| 主たる事務所の所在地 | 　 |
| 2　吸収分割承継 医療法人  | 名称 | 　 |
| 主たる事務所の所在地 | 　 |
| 3　吸収分割承継医療法人の事業計画の概要 | 　 |
| 4　分割の期日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
|  |