（様式１）

年　　月　　日

　東京都知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　郵便番号　〒

　　　　　　　　　　　　　　設立代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　 （　　　　 ）

医療法人設立認可申請書

　医療法人の設立の認可を受けたいので、医療法第44条第１項及び医療法施行規則第31条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １ |  |
| ２ | 〒  住所  電話番号　（　　 ） |
| ３  　診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の名称及び開設場所 | 電話番号　（　　 ） |
| ４　人保健施設、介護老人保健施設又は介護医療院以外の業務を併せて行う場合はその業務の概要 | 電話番号　（　　 ） |

（様式１）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

〈記載例〉

　東京都知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　郵便番号　〒163-8001

　二丁目８番１号

　　　　　　　　　　　　設立代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　０１（２３４５）６７８９

医療法人設立認可申請書

　医療法人の設立の認可を受けたいので、医療法第44条第１項及び医療法施行規則第31条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １ | 医療法人社団 |
| ２ | 〒100-1000  三丁目５番１号ビル202号  電話番号　09（8765）4321 |
| ３  　所の名称及び開設場所 | 医療法人社団クリニック  三丁目５番１号ビル202号  電話番号　09（8765）4321 |

≪作成上の注意≫

１　申請日欄には、東京都が指定した日を記載してください。

２　不要な部分は削除してください。

　　例えば、診療所のみを開設しようとする場合は、表中３の左欄から、「病院」、「介護老人保健施設」及び「又は介護医療院」を削除してください。

３　設立代表者の住所・氏名は、印鑑登録証明書どおりに（住所は都道府県名から）記載してください。

４　設立代表者の住所・氏名、法人の名称、主たる事務所の所在地、診療所の名称及び開設場所には、ふりがなを付けてください。

５　法人の名称、主たる事務所の所在地、診療所の名称及び開設場所は、定款（寄附行為）どおりに記載してください。

ビルの一室を事務所とする場合は、階数（部屋番号）まで定めてください。ビル名も定めるのが望ましいです。複数の階や部屋を使用して、医療施設を開設する場合は、主たる事務所の所在地として、１か所を指定してください。

所在地、開設場所は、地番ではなく住居表示としてください。正確な住居表示は、区市町村に確認してください。

６　押印は不要です。