|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  | | | | |