|  |
| --- |
|  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　　　(　　)　　　　　　　　　　医療法人吸収合併認可申請書　医療法人の吸収合併の認可を受けたいので、医療法第58条の２第４項の規定により、下記のとおり申請します。記 |
| 　 | 1　吸収合併前の医療法人 | 名称 | 　 | 　 |
| 主たる事務所の所在地 | 　 |
| 名称 | 　 |
| 主たる事務所の所在地 | 　 |
| 2　吸収合併存続医療法人 | 名称 | 　 |
| 主たる事務所の所在地 |  |
| 3　吸収合併存続医療法人の事業計画の概要 | 　 |
| 4　合併の期日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 　 |