

【様式第 59 号】

地域医療連携推進法人代表理事選定認可申請書

年 月 日

(あて先) 秋 田 県 知 事

事務所の所在地
法人の名称
代表者の氏名

地域医療連携推進法人の代表理事の認可について（申請）

下記の者を代表理事に選定したいので、医療法第70条の19第1項及び医療法施行規則第39条の27第1項の規定により申請します。

1 代表理事就任予定者の住所 及び氏名	(住所) (氏名)
2 代表理事を選定する理由	

【文書作成責任者等の連絡先】

(住所)
(責任者または担当者名)
(連絡先) 電話番号：
メールアドレス：

[添付書類]

代表理事就任予定者の履歴書