

【様式第 64 号】

地域医療連携推進法人解散認可申請書

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解散の認可について（申請）

地域医療連携推進法人を解散したいので、医療法第70条の15において読み替えて準用する同法第55条第6項及び医療法施行規則第39条の23の規定により申請します。

1 理由書	別紙のとおり
2 医療法又は定款に定められた解散に関する手続を経たことを証する書類	別紙のとおり
3 財産目録及び貸借対照表	別紙のとおり
4 残余財産の処分に関する事項を記載した書類	別紙のとおり

【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：

[備考]

- 次のいずれかの解散事由に該当する場合に申請すること。
 - 目的たる業務の成功の不能
 - 社員総会の決議
- 提出部数2部（正本1部、副本1部）