

様式第55号

地域医療連携推進法人代表理事選定認可申請書

(A4判)

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

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