

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解職の認可について（申請）

下記の代表理事を解職したいので、医療法第 7 0 条の 1 9 第 1 項及び医療法施行規則第 3 9 条の 2 7 第 2 項の規定により申請します。

1 解職する予定の代表理事の住所及び氏名

2 解職の理由

【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：