

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認定申請書

標記について、医療法第 7 0 条の 2 第 1 項、医療法施行令第 5 条の 1 5 及び医療法施行規則第 3 9 条の 4 の規定に基づき申請します。

- 1 一般社団法人の名称
- 2 代表者の氏名
- 3 主たる事務所の所在地
- 4 医療連携推進業務の内容

(注) 「4. 医療連携推進業務の内容については、実施する予定の業務ごとにその内容を簡潔に記載すること。

【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 提出部数 2 部 (正本 1 部、副本 1 部)

[添付書類]

- 1 申請者 (一般社団法人) の登記事項証明書
- 2 定款
- 3 医療連携推進方針
- 4 理事及び監事の氏名、生年月日及び住所等を記載した書類
- 5 医療法第 7 0 条の 3 第 1 項各号に掲げる基準に適合することを証する書類
- 6 上記 5 の事業比率の算出に要した事業計画書や予算書等
- 7 医療法第 7 0 条の 4 第 1 号イからニまでのいずれにも該当しないことを証する書類
- 8 医療法第 7 0 条の 4 第 2 号及び第 3 号のいずれにも該当しないことを証する書類
- 9 表明・確約書 (法人社員用)
- 1 0 表明・確約書 (個人社員用・理事・監事用)
- 1 1 その他申請内容に係る補足資料