

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 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 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