様式第５２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