様式第５３号

地域医療連携推進法人代表理事解職認可申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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７０条の１９第１項及び医療法施行規則第３９条の２７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：