**第69号様式**（第10条関係）

年　　月　　日

高知県知事　様

申請者（吸収分割医療法人）　主たる事務所の所在地

名称

代表者の職・氏名　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

（吸収分割承継医療法人）　主たる事務所の所在地

名称

代表者の職・氏名　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

医療法人吸収分割認可申請書

医療法人の吸収分割について医療法第60条の３第４項の認可を受けたいので、医療法施行規則第35条の８の規定により関係書類を添えて申請します。

注　次に掲げる書類を添えてください。

(１)　吸収分割の理由を記載した書類

(２)　医療法第60条の３第１項又は第３項に規定する手続を経たことを証する書類

(３)　吸収分割契約書の写し

(４)　吸収分割後の吸収分割医療法人及び吸収分割承継医療法人の定款又は寄附行為

(５)　吸収分割前の吸収分割医療法人及び吸収分割承継医療法人の定款又は寄附行為

(６)　吸収分割前の吸収分割医療法人及び吸収分割承継医療法人の財産目録及び貸借対照表

(７)　吸収分割後の吸収分割医療法人及び吸収分割承継医療法人について、吸収分割後２年間の事業計画及びこれに伴う予算書

(８)　吸収分割後の吸収分割医療法人及び吸収分割承継医療法人について、吸収分割後新たに就任する役員の就任承諾書及び履歴書

(９)　吸収分割後の吸収分割医療法人及び吸収分割承継医療法人について、吸収分割後開設しようとする病院、診療所又は介護老人保健施設の管理者となるべき者の住所及び氏名を記載した書面