**第52号様式**（第10条関係）

年　　月　　日

高知県知事　様

申請者（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

認定取消し社会医療法人実施計画認定申請書

医療法第42条の３第１項、医療法施行令第５条の５の２第１項並びに医療法施行規則第30条の36の３及び第30条の36の４の規定により提出します同法第42条の２第１項第４号に規定する救急医療等確保事業に係る業務の継続的な実施に関する計画について同法第42条の３第１項の認定を受けたいので、医療法施行令第５条の５の２第２項並びに医療法施行規則第30条の36の５及び第30条の36の６の規定により下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

１　社会医療法人に係る認定の取消しの理由

２　その他必要な事項

注　次に掲げる書類を添えてください。

(１)　定款又は寄附行為の写し

(２)　医療法人が医療法第42条の２第１項第１号から第６号まで（第５号ハを除きます。）に掲げる要件に該当するものであることを証する書類