**第81号様式**（第10条関係）

年　　月　　日

高知県知事　様

申請者（地域医療連携推進法人）　主たる事務所の所在地

名称

代表理事の氏名　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

地域医療連携推進法人代表理事解職認可申請書

地域医療連携推進法人の代表理事の解職について医療法第70条の19第１項の認可を受けたいので、医療法施行規則第39条の27第２項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　解職しようとする代表理事の住所及び氏名

２　代表理事を解職しようとする理由

３　代表理事の解職予定年月日

注　定款の写しを添えてください。