様式第３９号(第２条関係)

医療法人吸収合併認可申請書

年　　月　　日

　　(宛先)さいたま市長

主たる事務所の所在地

医療法人名

理事長氏名

電話番号

主たる事務所の所在地

医療法人名

理事長氏名

電話番号

　医療法人の吸収合併の認可を受けたいので、医療法第５８条の２第４項の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １　吸収合併後に存続する医療法人 | 名　　称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | 電話番号 |
| ２　吸収合併後に消滅する医療法人 | 名　　称 |  |
| 主たる事務所の所在地 |  |
| ３　吸収合併後に存続する医療法人が開設しようとする病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院 | 名　　称 |  |
| 所 在 地 | 電話番号 |