

様式第34号（第2条関係）

医療法人吸収合併認可申請書

年 月 日

岩手県知事 様

主たる事務所の

所在地

名 称

代表者の氏名

年 月 日生

主たる事務所の

所在地

名 称

代表者の氏名

年 月 日生

医療法第58条の2第4項及び同法施行規則第35条の2の規定により、下記のとおり申請します。

記

吸収合併 消滅医療 法人	主たる事務所の所在地			
	フリガナ 名称	-----	社団財団 の別	社団・財団
			持分の別	あり・なし
吸収合併 存続医療 法人	主たる事務所の所在地			
	フリガナ 名称	-----	社団財団 の別	社団・財団
			持分の別	あり・なし
	吸収合併後開設しよう とする病院，診療所， 介護老人保健施設又は 介護医療院			

(注) 吸収合併消滅医療法人の数が2以上である場合は、欄を追加すること。

## 注

次に掲げる書類を添付してください。

- 1 吸収合併の理由書
- 2 医療法第58条の2第1項（総社員の同意）又は第3項（理事の3分の2以上の同意）の手続を経たことを証する書類  
（社団にあつては社員総会の議事録の写し，財団にあつては理事会及び評議員会の議事録の写し）
- 3 吸収合併契約書の写し
- 4 吸収合併後の吸収合併存続医療法人の定款（寄附行為）
- 5 吸収合併前の吸収合併存続医療法人及び吸収合併消滅医療法人の定款（寄附行為）
- 6 吸収合併前の吸収合併存続医療法人及び吸収合併消滅医療法人の財産目録及び貸借対照表
- 7 吸収合併存続医療法人の吸収合併後2年間の事業計画及びこれに伴う予算書
- 8 吸収合併存続医療法人の新たに就任する役員の就任承諾書及び履歴書
- 9 吸収合併存続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の管理者となるべき者の氏名を記載した書面

## 注意事項

この申請書には副本2通を添えること。

(A4)