

様式第35号の2（第2条関係）

医 療 法 人 役 員 変 更 届

令和 年 月 日

岩手県 保健所長 様

主たる事務所の
所在地

名 称

代表者の氏名

昭和 年 月 日生

医療法施行令第5条の13の規定により、届けます。

記

注 新たに就任した役員の就任承諾書及び履歴書を添えてください。

(A4)