様式第24号（第２条関係）　医療法人解散認可申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療法人解散認可申請書  年　　月　　日  　愛媛県知事　　　　　　様  主たる事務所の所在地  申請者　名称  代表者の氏名　　　　　　　　　　　　　㊞ | | |
| 社団又は財団の別 | |  |
| 開設している病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 附帯業務 | |  |
| 資産の総額 | |  |
| 持分の定めの有無 | |  |

注　次に掲げる書類を添付すること。

⑴　理由書

⑵　医療法（昭和23年法律第205号）、定款又は寄附行為に定められた解散に関する手続を経たことを証する書類

⑶　財産目録及び貸借対照表

⑷　残余財産の処分に関する事項を記載した書類

⑸　その他知事が必要と認める書類