別記様式第３４号（規格Ａ４）（第４条関係）

医療法人吸収合併認可申請書

年　　　月　　　日

　群馬県知事　あて

主たる事務所の所在地

名称及び理事長名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　（　　　）

主たる事務所の所在地

名称及び理事長名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　（　　　）

　下記のとおり医療法人の吸収合併に係る認可を受けたいので、医療法第58条の２第４項及び医療法施行規則第35条の２の規定により申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 吸収合併消滅医療法人 | 主たる事務所の所在地 | 　 |
| 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 | 　 |
| 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の名称 |  |

添付書類

　　１　吸収合併の理由書

　　２　医療法第58条の２第１項又は第３項の手続を経たことを証する書類

（社団にあっては社員総会の議事録の写し、財団にあっ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又は寄附行為

　　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又は寄附行為

　　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　１）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。

　　２）この申請書には副本２部を添えること。