

(参考様式)

非医療施設における法人代表者変更届

令和 年 月 日

(宛先) 寝屋川市長

所 在 地 (〒 -)

法 人 名

代 表 者

電 話 ()

FAX ()

E-mail

〔 法人代表者は、職・氏名を記入のこと。 〕

下記のとおり、法人の代表者を変更しましたので届出します。

保健所受付印

(参考様式)

1 ふりがな			
病院名			
2 開設の場所	郵便番号	〒 -	
	所在地		
	電話	()	
	FAX	()	
	e-mail	@	
3 変更理由 (具体的に)			
4 法人代表者	旧代表者	職	
		氏名	
	新代表者	職	
		氏名	
これより以下は、法人が医療法人の場合にのみ記載すること。			
5 新代表者(理事長)について (該当するもの□を☑にすること)	<input type="checkbox"/> 医師の資格を有している。 <input type="checkbox"/> 歯科医師の資格を有している。 <input type="checkbox"/> 医師、歯科医師ではないが、大阪府知事の認可を受けている。		

・添付書類

- 1 理事会の議事録等、法人代表者を変更した事実を証明できる書類（下記に例示の書類のいずれか、もしくは複数）

(例示) 理事会の議事録（開設者において原本証明したもの）
定款又は寄附行為（開設者において原本証明したもの）
全部事項証明書
その他

- 2 新しい法人代表者の医師免許証・歯科医師免許証の写し（ただし、法人が医療法人の場合に限る）