

(参考様式)

非医師開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 (〒 ー)

.....
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

提出部数：1部

(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	()	
		F A X	()	
		e - m a i l	@	
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）