医療法人○○○会の概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 設立認可年月日 | 年　月　日 | | 設立登記年月日 | | | 年　月　日 | |
| 法 人 の 種 類 | ①　□ 財団　　□ 社団（ □ 出資持分なし　□ 出資持分あり ）  ②　□ 社会医療法人　　　□ 特定医療法人　□ 出資額限度法人  　　□ その他  （注）①②それぞれ該当する欄の□を塗りつぶすこと。 | | | | | | |
| 事務所の所在地 |  | | | | | | |
| 理事及び監事 | 役　　　職 | 氏　　　　名 | | 理事長との続柄 | | | 備　　　　　考 |
|  | 理　事　長 |  | |  | | |  |
|  | 理　　　事 |  | |  | | |  |
|  | 理　　　事 |  | |  | | |  |
|  | 理　　　事 |  | |  | | |  |
| （追　　加） | 理　　　事 |  | |  | | |  |
|  | 監　　　事 |  | |  | | |  |
|  | 計 | 名 | |  | | |  |
| 開設している医療施設等 | 医療機関名 | ○○病院 | | | | | |
| 所　在　地 | ○○県○○市○○町○○番地 | | | | | |
| 開設年月日 | 年　　月　　日 | | | 病床数 | | ●●病床　○○○床 |
| 管理者名 |  | | | | | |
| 診療科目 |  | | | | | |
| （新　　規） | 医療機関名 | ○○診療所 | | | | | |
| 所　在　地 | ○○県○○市○○町○○番地 | | | | | |
| 開設予定  年月日 | 年　　月　　日 | | | 病床数 | | ●●病床　○○○床 |
| 管理者名 |  | | | | | |
| 診療科目 |  | | | | | |
| 開設している  附帯業務事業所 | 事業所名 | ○○訪問看護ステーション | | | | | |
| 所　在　地 | ○○県○○市○○町○○番地 | | | | | |
| 開設年月日 | 年　　月　　日 | | | | | |
| 管理者名 |  | | | | | |
| （廃　　止） | 事業所名 | ○○居宅介護支援事業所 | | | | | |
| 所　在　地 | ○○県○○市○○町○○番地 | | | | | |
| 開設年月日 | 年　　月　　日 | | | | | |
| 管理者名 |  | | | | | |

（注）１　開設している全ての医療施設・附帯業務事業所について記載してください。このとき、新たに開設する施設については「（新規）」と、廃止する施設については「（廃止）」と記載してください。

２　定款（寄附行為）変更により変更となる事項については、認可前、認可後の状況を二段書きしてください。