非医師開設における法人代表者変更届

　　年　　　月　　　日

枚　方　市　長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | （〶　　　－　　　　） |  |
| 開設者住所 |  |  |
| 氏名 |  |  |
|  |  |  |
| （法人の主たる事務所所在地、法人名称、代表者の職・氏名） |
| 電話 | 　　　　（　　　　） |  |
| ＦＡＸ | 　　　　（　　　　） |  |
| E-mail |  |  |

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 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| ※入力済 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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（該当するものの□を☑にすること） | □　医師の資格を有している。□　歯科医師の資格を有している。□　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（原本証明したもの）

定款又は寄附行為（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（原本照合したもの）

（ただし、法人が医療法人の場合に限る）