

(参考様式)

## 非医師開設における法人代表者変更届（病院用）

令和 年 月 日

堺市長 様

主たる住所の所在地  
(〒 )

法人名及び代表者の職・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。

堺市保健所受付印

提出部数：1部

|                 |  |             |
|-----------------|--|-------------|
| 1 (ふりがな)<br>病院名 |  |             |
| 2 開設の場所         | (〒 )<br><br><br>電話： ( )<br>FAX： ( )<br>e-mail： |             |
| 3 変更年月日         | 令和 年 月 日                                       |             |
| 4 変更理由          |  |             |
| 5 法人代表者         | 旧代表者職・氏名                                       | (職)<br>(氏名) |
|                 | 新代表者職・氏名                                       | (職)<br>(氏名) |

※変更の事実を証明できる書類を添付（例：理事会の議事録、履歴事項全部証明書 等）