

様式第35号（第2条関係）

医療法人登記事項届

年 月 日

岩手県 保健所長 様

主たる事務所の

所在地

名 称

代表者の氏名

年 月 日生

医療法施行令第5条の12の規定により、次のとおり届けます。

- 1 登記事項
- 2 登記年月日

備考 登記事項が知事の認可を受けたものである場合は、登記年月日だけを記載してください。

(A4)