

医療法人解散認可申請書

年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

医療法人の名称  
主たる事務所の所在地  
代表者の氏名

医療法第 55 条第 6 項の規定により医療法人 〇〇〇〇の解散の認可を受けたいので、関係書類を添えて申請します。