

実施計画認定申請書

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 42 条の 3 第 1 項の規定により実施計画が適当である旨の認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

医療法第 42 条の 2 第 1 項の認定の 取消の理由	
---------------------------------	--