１．都道府県番号（記載不要）	２－１．医療法人番号（記載不要）	２－２．市区町村コード（記載不要）	３．名称	４－１．事務所の郵便番号		４－２．事務所の所在地				５．事業報告書等の届出を受け付けている保健所名	６．理事長の氏名		７．担当者の氏名		８．担当者の連絡先	９．担当者のメールアドレス	10．アップロードによる事業報告書等の届出の希望の有無	11．会計年度の決算月
				（前３桁）	（後４桁）	（都道府県）	（市区町村）	（町域・番地）	（建物名）		（姓）	（名）	（姓）	（名）				
			医療法人厚労会	100	8916	東京都	千代田区	霞が関1－2－2	中央合同庁舎第５号館	千代田区保健所	厚労	太郎	厚労	花子	03-5253-1111	○○@○○.○○.jp	有	03月