令和　　年　　月　　日

（宛先）

　埼玉県知事

法 人 名

代表理事　　　　　　　　　印

地域医療連携推進法人の代表理事の解職認可申請書

標記について、医療法第70条の19及び医療法施行規則第39条の27の規定に基づき申請します。

記

１．代表理事の住所、氏名

２．解職の理由