



社会医療法人の認定に関する届出書

年 月 日 提出

提出先	F01					税務署長	た本店 る事又 務は所 主	郵便 番号	-		電話 番号	-	
法人番号	F02							所在地					
納税 地	郵便 番号	F05	-	電話 番号	F07	-	代 表 者	郵便 番号	F36	-	電話 番号	H09	-
	所在地	F06						住所	H08				
フリガナ (法人名)	F03						フリガナ (代表者氏名)	H06					
法人名	F04						代表者氏名	H07					

社会医療法人の	1 ; 認定を受けた 2 ; 認定の取消しを受けた	番号	ので届出ます。

認定 (取消) 年月日	元号	年	月	日

関与税理士	氏名		添 付 書 類	1 厚生労働大臣又は 都道府県知事からの 通知書の写し	1 : 該当 2 : 非該当	
	事務所 所在地			2 定款又は寄付行為 の写し	1 : 該当 2 : 非該当	
	電話番号			3 その他	1 : 該当 2 : 非該当	

参考事項			添 付 書 類	上記で「3 その他」を選択した場合に記載してください。	
1 名称変更の有無	1 : 該当 2 : 非該当				
変更前の名称					
2 収益事業の有無	1 : 該当 2 : 非該当				
事業の内容					
3 特定医療法人の取りやめの有無	1 : 該当 2 : 非該当				

税理士署名	R01			電話番号 (税理士)	R02	— —	
税務署 整理欄	通信日付印の年 月日		(西暦) 年	月	日	備考	
		F12					