参考様式2-6

年　　月　　日

医療法人　　　　　会

設立代表者　　　　　　　　　殿

（基金の引受けの申込みをしようとする者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　印

電話番号 （ ）

基　金　引　受　申　込　書

医療法人　　　　　会の定款及び募集事項等の記載事項を承認の上、下記のとおり基金を引き受けたく申し込み致します。

記

１　引き受けようとする金銭の額　　金　　　　　円

２　引き受けようとする金銭以外の財産の内容及びその価額　　金　　　　　円

（内　　訳）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種　　　別 | 金　　　額 | 内　　　　　　　　　容 |
| 現　　　　　金土　　　　　地建　　　　　物医　療　機　器医　　薬　　品…… |  |  |
| 資　産　合　計 |  |  |
| 負　　　　　債 |  |  |
| 差　　引　　額（基 金 拠 出 額） |  |  |

（注）医療法人の成立前にあっては、住所及び電話番号は設立代表者個人の住所及び電話番号である。