様式 19

令和 　年 　月 　日

　埼玉県知事　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　埼玉県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療法人　〇　〇　会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　理事長　〇　〇　　〇　〇

　下記のとおり登記事項変更の登記を完了したので、医療法施行令第５条の１２の規定により届出します。

記

　１　変更事項

　２　登記年月日

　　添附書類　登記事項証明書