参考様式2-8

年　　月　　日

（基金の引受けの申込みをした者の氏名）　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所（設立代表者の住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療法人　　　　　会

設立代表者　　　　　　　　　　　印

電話番号 （ ）

基金の割当ての決定について

　この度は、医療法人　　　　　会の基金の引受けにお申し込みいただき、誠にありがとうございます。貴殿に下記に定める基金の額を割り当てることを決定しました。ご了解の上は（医療法人　　　　　会設立の上は）、当該基金の拠出に関する契約を締結したいと存じます。

記

貴殿に割り当てる基金の額　　　　　　　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。