（様式９）

令和　　年　　月　　日

医療法人

設立代表者　　　　　　　　　　様

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

基 金 引 受 申 込 書

医療法人　　　　　　　　の定款及び募集事項等の記載事項を承認の上、下記のとおり基金の拠出を引き受けたく申し込みいたします。

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等の内容及びその価額　　　金　　　　　　　　円

（内　　訳）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種　　　別 | 金　　　額 | 内　　　　　　　　　容 |
|  | 円円円 |  |
| 資　産　合　計 | 円 |  |
| 負　　　　　債 | 円 |  |
| 差　　引　　額（基 金 拠 出 額） | 円 |  |