（様式１０）

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

住所

医療法人

設立代表者　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

基金の割当ての決定について

医療法人　　　　　　　　の基金の引受けにお申し込みありがとうございます。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、当該基金の拠出に関する契約締結をお願いします。

記

割り当てる基金の額　　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 |  |