**医療法人解散概要**

**１　名称**　　　　　　　医療法人　○○○○

**２　事務所所在地**　　　徳島県○○市○○町○番地

**３　理事長**　　　　　　住所　　　徳島県○○市○○町○番地

　　　　　　　　　　　氏名　　　○○　　○○

　 　　　　　　　　　　　　電話 （　　　）

**４　社員**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 年齢 | 職業 | 理事長との関係 | 出資額（千円） |
|  |  |  |  |  |

**５　役員**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 役職 | 年齢 | 職業 | 住所 |
|  | 理事長  理事  理事  監事 |  |  |  |

**６　開設していた診療所**（平成○○年○月○日より休止）／（平成○○年○月○日廃止）

（１）名　称　　○○　（有床／無床／歯科診療所　　　○床）

（２）所在地　　徳島県○○市○○町○番地

（３）医師　（※「他」の行は、適宜要追加・削除）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 生年月日 | 医籍登録年月日・番号 |
| 管理者 |  |  |  |
| 他 |  |  |  |

（４）診療科目 ○○科、○○科

（５）診療日・診療時間 ○、○、○曜日

　　　 ○時～○時　○曜日は～○時

（６）閉院時の職員数　　　医師○名、看護師○名、事務員○名

（７）残余財産の処分

　　　医療法人○○○○の定款第○○条の規定に基づき、払込済出資額に応じて分配する。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 出資者 | 出資額 | 残余財産 |
|  |  |  |
|  |  |  |

※上記は平成○○年○月○○日現在の額。解散認可時に資産・負債の再計算を行い、清算人の負債整理により残余財産を確定させ、払込済出資額に応じて分配する。