



福岡医発第714号(地)

令和2年6月4日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松 田 峻一良

(公 印 省 略)

令和2年度第1回一人医師医療法人設立申請説明会について

本会では、一人医師医療法人を設立される会員医療機関を対象に年2回、一人医師医療法人設立申請に関する説明会を行っておりますが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、令和2年度第1回目の設立説明会は、事前に申し込みされた方に資料を郵送することで、説明会の開催に代えさせていただきます。

つきましては、新規設立を予定されている会員への周知方につきご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 申請に関しましては、資料をご熟読いただき、顧問税理士等にご相談の上、作成してください。
- 2) 申し込みを希望される方は、別紙申込用紙にご記入の上、6月26日(金)までにFAX(092-411-6858)にて本会地域医療課までお申込ください。
- 3) 第2回説明会は本年10月を予定しておりますが、開催方法等につきましては、改めてご連絡いたします。

【お問い合わせ先】

福岡県医師会地域医療課(担当:北原)

福岡市博多区博多駅南2-9-30

Mail: fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp

TEL: 092-431-4564

FAX: 092-411-6858

(FAX:092-411-6858)

第1回一人医師医療法人設立申請申込用紙

医療機関	所属医師会	
	院長名	
	名称 (現在の名称)	
	所在地	〒()-()
	連絡先	() —
	FAX番号	() —
	開業年月日	年 月 日
	所管保健所名	
税理士・会計士など	担当者名	(事務所)
	事務所所在地	〒()-()
	連絡先	() —
	FAX番号	() —

何かご不明な点がございましたら、福岡県医師会までご連絡ください。TEL:092-431-4564