連絡票

申請・届出内容に不備等があった場合、修正依頼等の御連絡を差し上げることがありますので、御担当者様の情報を御記載いただき、申請・届出の際に併せて御提出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 御担当者様の情報 | |
| 氏名 |  |
| 所属先名 |  |
| 電話番号 |  |

＊任意様式や名刺でも可。　　　　　　　　　　　　　　　　医療法人名（　　　　　　　）

チェックシート

令和5年8月期以降に決算期を迎える法人は、病院又は診療所ごとの経営情報等の報告​の様式を添付している。

　□はい　□いいえ

**以下の項目のうち、一つでも　□いいえ　がある場合、下記「改善計画欄」に記載いただくとともに、勘定科目内訳書等をご提出ください。**

医療法人から関係者（役員や関連企業等）への貸付は行っていない。

　□はい　□いいえ

現金は、銀行、信託会社に預け入れ若しくは信託し、又は国公債若しくは確実な有価証券に換え保管し、投機的な有価証券等の保持は行っていない。

□はい　□いいえ

土地、建物等を賃貸借している場合は適正な契約がなされている。

□はい　□いいえ

定款に定められた業務以外で収益を得ていない。

□はい　□いいえ

経営状況の著しい悪化（債務超過）は認められない。

□はい　□いいえ

改善計画欄（任意様式でも可）