

一般社団法人大阪府病院協会

会 長 福 原 毅 様

所 在 地

病 院 名

代表者氏名

㊞

(一社) 大阪府病院協会 会員病院名・所在地・電話・FAX・経営主体・
法人名・許可病床数等の変更届

貴協会に対する会員病院名・所在地・電話・FAX・経営主体・法人名・許可病床数等
を下記のとおり変更致したく、ここに届出を提出致します。

記

変更年月日

平成 年 月 日

(新) (ふりがな)
病 院 名
役 職 名
(ふりがな)
氏 名
所 在 地
電 話
F A X
経 営 主 体
(ふりがな)
法 人 名
許 可 病 床 数

(旧) (ふりがな)
病 院 名
役 職 名
(ふりがな)
氏 名
所 在 地
電 話
F A X
経 営 主 体
(ふりがな)
法 人 名
許 可 病 床 数

【提出用】

新会員経歴書

(ふりがな) 氏名		生年 年月日	年 令	昭 平	年	月	日生 (満 歳)
本籍							
現住所							
経 歴	最終学歴						
	医師免許取得 年月日・番号	昭和 平成	年	月	日	(第	号)
	職歴						

※ 経歴の最終行には、現在の役職就任日までのご記入をお願い致します。