

入 会 届

年 月 日

一般社団法人 大阪府病院協会

会 長 佐々木 洋 様

所在地

病院名

代表者氏名

⑩

一般社団法人 大阪府病院協会の趣旨に賛成し、下記の明細のとおり入会申込み致します。

1	(ふりがな) 病 院 名					
2	経 営 主 体	国立・府立・市立・医療法人・社会医療法人・特定医療法人・() 財団法人・ 社会福祉法人・学校法人・個人・その他 ()				
3	(ふりがな) 会 員 名		会 員 資 格 (どちらかに○をつけて下さい)	・理事長 ・院長		
4	(ふりがな) 病 院 所 在 地	〒				
5	電 話	() -				
6	F A X	() -				
7	診 療 科 目	内 呼 消 (胃) 循 小 精 神 外 整 脳 外 産 婦 眼 耳 咽 気 皮 泌 性 肛 齒 麻 理 放 リ ハ ()				
8	許 可 病 床 数	床				
10	従 事 者 数	総 人 数	医 師	歯 科 医 師	薬 剤 師	保 健 師
		人	人	人	人	人
		助 産 師	看 護 師	准 看 護 師	看 護 業 務 補 助 者	
		人	人	人	人	
		栄 養 士	診 療 X 線 技 師	衛 生 検 査 技 師	調 理 師	
		人	人	人	人	
	そ の 他 の 技 術 員	事 務 職 員	そ の 他 の 職 員			
	人	人	人			
11	労 働 組 合	労 働 組 合	有・無			
		労 働 協 約	有・無			
12	病 院 開 設 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日 開 設				
備考	入会推薦会員 (病院名・会員氏名)					

※上記該当のものには○印をつけて下さい。

新会員経歴書

フリガナ 氏 名	④	生年月日 (年 齡)	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・免許番号	昭・平・	年 月 日 (第 号)
	職 歴		

※現在の役職就任までのご記入をお願い致します。