一般社団法人大阪府病院協会 　　年　　月　　日

会　長　　木野　昌也　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　　　　　　　　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

新会員経歴書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | ㊞ | 生年月日（年 齢） | 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　・　令　　　　　 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。