

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

印

(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

【提出用】

新会員経歴書

フリガナ 氏名	印	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。