入　　会　　届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

一般社団法人大阪府病院協会

会　長　　木野　昌也　様

所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病　院　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

一般社団法人大阪府病院協会の趣旨に賛成し、下記のとおり入会申し込みいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  病院名 |  | | | | | | | |
| 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（　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 会員名  （代表者） | 役職名 | | ふりがな  氏 名 | | | | | |
| 理事長名 |  | | | | 病院長名 |  | | |
| 病院所在地 | 〒 | | | | | | | |
| ＴＥＬ |  | | | | ＦＡＸ |  | | |
| 開設年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　　年　　月　　日　開設 | | | | | | | |
| 事務長名 |  | | | | | | | |
| 診療科目 |  | | | | | | | |
| 許可病床数 | 総数 | 一般 | | 療養 | 精神 | 感染症 | 結核 | その他 |
| 床 | 床 | | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| 備考 |  | | | | | | | |

新会員経歴書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  氏 　　名 | | ㊞ |
| 生 年 月 日 | | 昭和・平成　　　年　　月　　日　生　（ 満　　　歳 ） |
| 本　 籍 | | 都道府県 |
| 現 住 所 | | 〒 |
| 経　　　　　　歴 | 最終学歴 |  |
| 医師免許取得  年月日・免許番号 | 昭和・平成　　年　　月　　日（医籍登録番号　　　　　　　 　号） |
| 職　　歴 |  |

※現在の役職就任までのご記入をお願いいたします。