

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

㊤

(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  
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

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

## 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。