

入 会 届

平成 年 月 日

一般社団法人 大阪府病院協会

会 長 福 原 毅 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・市町村立・医療法人・個人・その他 ()					
3	(ふりがな) 会 員 名		会 員 資 格 <small>(どちらかに○をつけて下さい)</small>	・理事長 ・院長			
4	(ふりがな) 事 務 長 名						
5	(ふりがな) 病 院 所 在 地	〒					
6	電 話 ・ FAX 番 号	電話 () ・ FAX ()					
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	総 数	一 般	療 養	精 神	結 核	感 染 症
		床	床	床	床	床	床
9	承 認 ・ 指 定 状 況	総 合 病 院	労 災 指 定 病 院		救 急 病 院		人 間 ド ッ ク
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			
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。

【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	昭和 ・ 平成 年 月 日 (第 号)	
	職歴		