令和　　　年　　　月　　　日

一般社団法人　大阪府私立病院協会

会　　長　　　加　納　繁　照　　あて

印

|  |  |
| --- | --- |
| 病　院　名 |  |
| 会員役職名 |  |
| 会員氏名 |  |

一般社団法人大阪府私立病院協会　会員変更届

今般、大阪府私立病院協会届出会員を下記のとおり変更いたしたく、

新会員の経歴書を添えてお届け致します。

記

変更年月日 年　　　月　　　日

**≪新会員≫**

|  |  |
| --- | --- |
| 役 職 名 |  |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |

**≪旧会員≫**

|  |  |
| --- | --- |
| 役 職 名 |  |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |

経　　歴　　書

(令和　　　年　　月　　日)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | |
| 氏 名 | |  | | | |
| 生年月日 | |  | | | |
| 本 籍 | | 都 ・ 道 ・ 府 ・ 県 | | | |
| 現 住 所 | |  | | | |
| 経  歴 | 医師免許取得 | | | 昭・平・令　　　年　　 月　 　日（第 　　　） | |
| 年 号 | 年 | 月 | | 学 　職　　歴　　ほか |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |