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

|  |  |
| --- | --- |
| 病　院　名 |  |
| 役　職　名 |  |
| 氏　　　名 | 　　　　　　　　　　　　印　 |

**入　会　申　込　書**

大阪府私立病院協会に入会したいのでご承認願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名 |  |
| 理事長名 |  |
| 院　　長 |  |
| 会員となる者の役職及び氏名 |  |
| 病院所在地 | 〒 |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| 事務長名 |  |
| 経営主体 | ・医療法人　・特定医療法人　・社会医療法人　・個人・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 診療科目 |  |
| 許可病床数 | **総　数** | 一般 | 療養 | 精神 | 結核 | 感染症 |
| 床 | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| 備　　考 |  |

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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |