

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						

