

# 入 会 申 込 書

令和 年 月 日

一般社団法人 愛知県医療法人協会 会長 様

貴会に入会したいので申し込みます。

住 所

代表者氏名

㊟

区分	一般社団・財団・特定・社会・その他			認可年月日					
医療法人名	ふりがな								
病院・診療所名	ふりがな								
理事長氏名	ふりがな			病院長氏名		ふりがな			
事務部門長役職	ふりがな			事務部門長氏名		ふりがな			
看護部門長役職	ふりがな			看護部門長氏名		ふりがな			
所在地									
郵便番号			TEL			FAX			
メールアドレス				ホームページ アドレス					
総病床数		病床内訳	一般		療養 医療		療養 介護		
			精神		結核		感染		
診療科目									
救急等				病院機能評価認定					
関連施設名									
関連施設病床数	上記関連施設のうち、病院、有床診療所、老人保健施設の病床数をご記入下さい。								
	病 院	施設名	床	有 床 診 療 所	施設名	床	老 健 施 設	施設名	床
		施設名	床		施設名	床		施設名	床
		施設名	床		施設名	床		施設名	床