様式第１号（第２条関係）

入 会 申 込 書

貴会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

病 院 開 設 者 法人名及び代表者名 個人の場合は経営者名	ふりがな
病　　院　　名	ふりがな
病 院 の 所 在 地	〒
電 話 ・ Ｆａｘ	Ｔｅｌ（　　） Ｆａｘ（　　）
Ｅ－ｍａｉｌ	
病 院 管 理 者 名	ふりがな
許 可 病 床 数	
診 療 科 目	
備　　考	

令和　　年　　月　　日

公益社団法人福岡県病院協会会長　殿

入会申込者

役　　職

ふりがな

氏　　名　　㊞

……

（この欄は、入会申込者が病院管理者ではない場合にお書き下さい。）

上記入会申込者である＿＿＿＿＿＿氏を貴協会の会員として推薦します。

病院管理者氏名　　㊞