

公益社団法人 福岡県病院協会 定 款 施 行 細 則

(目的)

第1条 この細則は、公益社団法人福岡県病院協会定款(以下「定款」という。)第45条の規定により、定款の施行に必要な事項について定めることを目的とする。

(入会届)

第2条 定款第6条に規定する入会申込みは、様式第1号の入会届によって行う。

(変更届)

第3条 会員は、入会届記載事項に変更があった場合は、速やかに様式第2号の変更届を会長に提出するものとする。

(退会届)

第4条 定款第8条に規定する退会届は、様式第3号のとおりとする。

(会費の計算)

第5条 年度の中で入会した場合の当該年度の会費は、会費等に関する定款施行規則第3条に定める年会費を加入月後の当該年度残月数を基に月割り計算した額とする。

(会費等の納期限)

第6条 年会費は、毎年7月までに納入しなければならない。

(業務執行理事の業務)

第7条 専務理事は、本会の業務全般を執行する。

2 総務理事は、本会の庶務に関する事項を執行する。

3 財務理事は、本会の会計処理に関する事項を執行する

4 企画理事は、本会の事業活動の企画・立案を執行する。

(五役会)

第8条 会長、専務理事、総務理事、財務理事、企画理事及び会長が指名する理事は、理事会提出議案及び各種事業、諸会議等、会務運営についてあらかじめ協議検討を行うために、原則として毎月五役会を開催する。

(ほすびたる編集委員会)

第9条 本会の機関誌「ほすびたる」の編集・制作のために、ほすびたる編集委員会を置く。

- 2 「ほすびたる」の編集主幹は会長とし、編集委員長、副編集委員長及び編集委員は、理事会で選任する。
- 3 ほすびたる編集委員会は、原則として毎月開催し、編集委員長が主催し、編集委員長が不在の場合は副編集委員長が主催する。

(ほすびたる広告料)

第10条 「ほすびたる」の掲載広告料は、別表1のとおりとする。

(企画委員会)

第11条 本会に、県民公開医療シンポジウムなど、理事会で委任する事業を企画、実施するために企画委員会を置く。

- 2 企画委員会の委員は、理事会で選任する。
- 3 企画委員会委員長は、企画委員で互選する。
- 4 企画委員会は、企画委員長が主催する。

(各種研修委員会)

第12条 本会に、病院職員等の研修等を企画、実施するために、次の委員会を置く。

- 一 看護委員会
- 二 病院委員会
- 三 診療情報管理研究委員会
- 四 リハビリテーション委員会
- 五 栄養管理委員会
- 六 臨床検査委員会
- 七 経営管理委員会
- 八 医療事務委員会

- 2 前項の各委員会に、理事会で理事の中から互選された担当理事若干名を置く。
- 3 担当理事は、各委員会を開催し、主催する。

(講師謝金、受講料)

第13条 本会研修会の講師謝金及び受講料は、別表2及び別表3のとおりとする。

(職員の身分、服務)

第14条 職員の身分及び服務については、地方公共団体の諸規定に準じて別途定める。

(事務局職員の給与)

第15条 事務局職員の給与については、他の病院関係団体の支給状況等を勘案して、別途定めるものとする。

(施行細則の変更)

第16条 この細則は、理事会の議決をもって変更することができる。

附 則

この細則は、公益社団法人福岡県病院協会の設立登記の日から施行する。

附 則

この細則の一部改正については、平成25年6月21日から施行する。

別表1(第10条関係)

機関誌「ほすびたる」広告料金

(単位:円)

区 分		1 月 分	半 年 分 (5%引き)	1 年 分 (10%引き)
記 表 中	1P	15,000	85,500	162,000
	1/2P	8,000	45,600	86,400
	1/3P	7,000	39,900	75,600
表 紙	表2 (1/2P)	10,000	57,000	108,000
	表3 (1/3P)	9,000	51,300	97,200
	表4 (1/2P)	11,000	62,700	118,800
	表4 (1P)	20,000	114,000	216,000

別表2(第13条関係)

各種研修会講師謝金

1時間当たり金額	職 種 等	備 考
18,000円	教授 准教授 院長 副院長	弁護士 公認会計士 論説委員 会社役員
16,000円	講師 部長医師 医長 薬局長 看護部長 事務部長 官公庁の部課長	税理士 社会保険労務士 会社部長等
14,000円	助教 医師 総看護師長 副看護部長 栄養管理室長 診療放射線技師長 臨床検査技師長	

(注)1 本表により難しい場合は、別途五役会等の承認を得るものとする。

2 1時間未満の時間については、30分以上は1時間に切り上げ、
30分未満は30分として計算する。

別表3(第13条関係)

各種研修会受講料

(単位:円)

区 分	会 員		会 員 外	
	半 日		半 日	
看護研修会	半 日	2,500	半 日	3,500
	1 日	3,500	1 日	5,000
経営管理研修会	半 日	3,000	半 日	4,500
栄養管理研修会	1 日	3,500	1 日	5,000
病院システム管理研修会	半 日	2,500	半 日	3,500
	1 日	3,500	1 日	5,000
医療事務研究会	半 日	3,000	半 日	4,000
診療情報管理研究研修会	1 日	3,500	1 日	5,000

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	

平成 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

㊞

様式第2号(第3条関係)

変 更 届

次のとおり変更を届けます。

区 分	変 更 内 容	変更年月日
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		

(注)1 変更事項のみ記入して下さい。

2 会員の変更は、退会届と入会届が必要です。

平成 年 月 日

公益社団法人福岡県病院協会会長 殿

病院所在地

病 院 名

会員氏名



様式第3号(第4条関係)

退 会 届

平成 年 月 日

貴会から下記のとおり退会したいので届けます。

公益社団法人福岡県病院協会会長 殿

病院所在地

病 院 名

会員氏名

印

記

1 退会の理由

2 退会年月日