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