

入 会 届

年 月 日

(一社) 大阪府救急医療機関連絡協議会
会長 木野 稔 様

所 在 地
病 院 名
代表者氏名

㊟

(一社) 大阪府救急医療機関連絡協議会の趣旨に賛成し、下記の明細のとおり入会申込み致します。

1	(ふりがな) 病 院 名			
2	経 営 主 体	国立・府立・市立・医療法人・社会医療法人・特定医療法人・公益財団法人 個人・その他()		
3	(ふりがな) 会 員 名		会 員 資 格 (どちらかに○をつけて下さい)	・理事長・院長 ・他()
4	(ふりがな) 病 院 所 在 地	〒		
5	電 話 番 号	()	—	
6	F A X 番 号	()	—	
7	病院開設年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 開設		
備考	入会推薦会員(病院名・会員氏名)			

※上記該当のものには○印をつけて下さい。

【提出用】

新会員経歴書

氏名 フリガナ	①	生年月日 (年齢)	年 月 日生 (満 歳)
本籍			
現住所			
経歴	最終学歴		
	医師免許取得 年月日・免許番号	昭和 ・ 平成	年 月 日 (第 号)
	職歴		