

東京都病院協会 会長殿

入 会 申 込 書

私は、東京都病院協会に入会いたしたく、下記の通り申し込みます。

病院名			
住 所	〒		
電話番号		FAX 番号	
経営主体 (法人種別 等)			
入会者	役 職 名		
	フリガナ		
	氏 名	印	
	ご所属の 地区医師会	医師会	

事務取扱 担当者	氏 名	部 署	役 職

**添付資料（以下資料を添えて申し込みください）**

会員となる者（理事長または院長先生）の履歴書

施設表（１）～（３）（毎年４月末に東京都福祉保健局に提出してあるものの写し）