

正会員用

東京都病院協会 会長殿

平成 年 月 日

入 会 申 込 書

私は、東京都病院協会に入会いたしたく申し込みます。

| | | | |
|-------|-------------|-------|--|
| 病 院 名 | | | |
| 住 所 | 〒 | | |
| 入会者氏名 | フリガナ | 役職名 | |
| | _____印_____ | | |
| 経営主体 | | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | |

| 事務取扱い担当者 | 氏 名 | 所 属 | 役 職 |
|----------|-----|-----|-----|
| | | | |

※東京都福祉保健局に提出済みの施設表（1）（2）（3）のコピーを添付願います。