

# 入 会 届

年 月 日

一般社団法人大阪府医療法人協会  
会 長 馬 場 武 彦 様

所 在 地

法 人 名

(ふりがな)

理 事 長 名

㊟

一般社団法人大阪府医療法人協会の趣旨に賛成し、下記のとおり入会を申し込みいたします。

ふりがな 法人名							
医療機関名							
法人区分	医療法人 社会医療法人 特定医療法人 財団法人 社会福祉法人 個人 その他 ( )						
所在地	〒						
TEL			FAX				
法人認可年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日						
事務(局)長名							
診療科目							
許可病床数	総数	一般	療養	精神	感染症	結核	その他
	床	床	床	床	床	床	床
備考							