**公益社団法人神奈川県病院協会 入会申込書（正会員）**

　　　年　　月　　日

公益社団法人神奈川県病院協会　会長　　吉田　勝明　殿

**貴協会の目的及び趣旨に賛同し、入会を申し込みます。**

申込者氏名（正会員※となる方）

※当該病院の組織を代表する管理者又は開設者等（定款第５条）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **病　院　名** |  |
| **2** | **管理者の職名及び氏名** |  |
| **3** | **開　設　者****法人名**（個人の場合 記載不要） |  |
| **代表者の職名及び氏名** |  　 （ 医師・非医師 ）↑○で囲んでください  |
| **4** | **所　在　地** | 〒 |
| **電話番号／ＦＡＸ番号** | 　　　　　　　　　　　　　／ |
| **メールアドレス** |  |
| 当協会からの情報提供を受信するアドレスをご記入ください。 |
| **5** | **事務(局・部)長** | 職名　　　　　　　　 氏名 |
| 当協会との連絡窓口になる方をご記入ください。会員名簿(隔年発行)に氏名を掲載させて頂きます。 |
| **6** | **看護(局・部)長** | 職名　　　　　　　　 氏名 |
| **7** | **許可病床数** | 合計　　　　　床（内訳：一般　　　　床、療養　　　　床、精神　　　　床、結核　　床、感染　　床） |
| **8** | **診療科目** |  |
| 主な診療科を（３診療科程度）ご記入ください。 |
| **9** | **経営主体** |  |
| 裏面の経営主体区分表から選んでご記入ください。 |

経営主体区分表

（厚生労働省の医療施設調査に用いられた区分を基礎とし、当協会で若干補正したもの）

|  |  |
| --- | --- |
| 国 | 厚生労働省 |
| 独立行政法人国立病院機構 |
| 国立大学法人 |
| 独立行政法人労働者健康安全機構 |
| 国立高度専門医療研究センター |
| 独立行政法人地域医療機能推進機構 |
| その他 |
| 公的医療機関 | 都道府県 |
| 市町村 |
| 地方独立行政法人 |
| 日赤 |
| 済生会 |
| 北海道社会事業協会 |
| 厚生連 |
| 国民健康保険団体連合会 |
| 社会保険関係団体 | 健康保険組合及びその連合会 |
| 共済組合及びその連合会 |
| 国民健康保険組合 |
| 公益法人 | 公益法人 |
| 医療法人 | 医療法人 |
| その他 | 私立学校法人 |
| 社会福祉法人 |
| 医療生協 |
| 会社 |
| その他の法人 |
| 個人 |