（別紙１）

入　会　申　込　書（正会員・賛助会員）

一般社団法人　神奈川県精神科病院協会の定款に賛同し、入会申し込み致します。

令和　　　　年　　　月　　　日

　　　一般社団法人　神奈川県精神科病院協会

会　　長　　山口　哲顕　　　様

所在地

病院名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（別紙２）

病院を代表し一般社団法人　神奈川県精神科病院協会の会員となる者の略歴

氏　　　名

生年月日　　　　　　　　　　年　　月　　日

出身学校名

卒業年月日　　　　　　　　　年　　月　　日

主　　な　　職　　歴

|  |  |
| --- | --- |
| 経　　過　　年　　月 | 勤　　務　　先 |
| 年　　　月　～　　　　年　　月年　　　月　～　　　　年　　月年　　　月　～　　　　年　　月年　　　月　～　　　　年　　月年　　　月　～　　　　年　　月年　　　月　～　　　　年　　月年　　　月　～　　　　年　　月年　　　月　～　　　　年　　月年　　　月　～　　　　年　　月 |  |

**履　　　　　　歴　　　　　書**

令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 男女 | 生年月日年齢 | TＳ　　　　年　　月　　日生Ｈ　　　　　　（満　　　　歳） |
| 現住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　（　　　　　） |
| 勤務先 | 名　称所在地 | 〒電　話　　　　（　　　　　）　 |
| 年 | 月 | 学　　歴　　・　　　職　　歴 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※県内・外の従事歴を明記すること

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 免　　許　　・　　資　　格 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 賞　　　　　　　　　　　罰 |
|  |  |  |

（別紙３）

施　　　設　　　表

１　病院名

２　設立年月日

３　所在地　　　　　　　〒

４　電話番号

５　病床数　　　　　　　　　　総病床数　　　　　　　　　　床

　　　　　　　　　　　 　　　　　精神科病床数　　　　　　　床

 　　　　 指定病床数　　　　　　　　床

６　会員となる者の氏名

７　病院開設者名

８　病院管理者氏名

９　事務長氏名

※　会員となる者の氏名とは、定款第５条第１項及び第２項並びに施行規則第１条により病院を代表する者をいう。

令和　　　年　　月　　日

　　　一般社団法人　神奈川県精神科病院協会

会　　長　　山　口　哲　顕　　　様

所在地

病院名

代表者名

（別紙４）

入　会　推　薦　書

　　一般社団法人　神奈川県精神科病院協会会員として、下記の者を推薦します。

病　院　名

氏　　　名

令和　　　年　　　月　　　日

一般社団法人　神奈川県精神科病院協会

会　　長　　山　口　哲　顕　　　様

所在地

病院名

会員名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

所在地

病院名

会員名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（別紙５）

退　　　会　　　届

一般社団法人　神奈川県精神科病院協会を都合により、退会いたしたいので定款第８条に基づきお届けします。

令和　　　年　　　月　　　日

一般社団法人　神奈川県精神科病院協会

会　　長　　山　口　哲　顕　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　退会会員氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地