

(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	
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	T S H 年 月 日生 (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



病院名

所在地