

## 正会員入会申込書

1. 施設の名称

2. 開設者（市町村長）氏名  
（生年月日）（明・大・昭 年 月 日）  
管理者（院長・所長）氏名  
（生年月日）（明・大・昭 年 月 日）

3. 施設の所在地（〒 — — ）

（電話 — — FAX — — ）

4. 施設の開設年月日 年 月 日

5. 施設の状況

病 床 数						
一般	療養病末		精神	結核	感染	合計
	医療型	介護型				

職 員 数								
医師	歯科 医師	薬剤師	看護師	歯科 衛生士	その他 技術員	事務 職員	その他 職員	合計

公益社団法人千葉県国民健康保険直営診療施設協会に入会を申し込みます。

年 月 日

公益社団法人千葉県国民健康保険診療施設協会  
会 長 岩 田 利 雄 様

申込者（開設者）

印

申込者 { 管理者（病院長・診療所長） }

印