**入　会　申　込　書**

**一般社団法人福岡県精神科病院協会**

**会　長　　冨　松　　愈　　殿**

**私は、**

**このたび一般社団法人福岡県精神科病院協会の定款に賛同し、入会をしたいのでお申込みいたします。**

**令和　　　　年　　　月　　　日**

**住　所　〒**

**病院名**

**氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞**

**病院所在地**

**病院名称**

**経営者**

**病院長**

**精神科病床数**

**電話番号**

**ＦＡＸ番号**

**メールアドレス**