

公益社団法人神奈川県病院協会 入会申込書（正会員）

令和7年10月15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）

岡田 昇

1	病 院 名	医療法人新光会（社団）生田病院	
2	管理者の職名及び氏名	院長 岡田 昇	
3	開 設 者 法人名（個人の場合 記載不要）	医療法人新光会（社団）	
	代表者の職名及び氏名	理事長 櫻井 信行	医師 ・ 非医師 ↑○で囲んでください
4	所 在 地	〒214-0037 神奈川県川崎市多摩区西生田 5-24-1	
	電話番号／FAX番号	044-966-2151 / 044-955-4314	
	メールアドレス	n.okada@shinkohkai.jp ikuta.j2@shinkohkai.jp	
	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 事務長	氏名 内田 洋一
	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いただきます。		
6	看護(局・部)長	職名 看護副部長	氏名 白川 真美
7	許可病床数	合計 300 床 (内訳：一般 床、療養 床、精神 300 床、結核 床、感染 床)	
8	診療科目	精神科 心療内科 内科	
	主な診療科を（3診療科程度）ご記入ください。		
9	経営主体	医療法人	
	裏面の経営主体区分表から選んでご記入ください。		

