

公益社団法人神奈川県病院協会 入会申込書（正会員）

2024年 4月 13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）

医療法人社団明芳会 横浜新都市脳神経外科病院 院長 森本将史



1	病院名	医療法人社団 明芳会 横浜新都市脳神経外科病院
2	管理者の職名及び氏名	院長 森本 将史
3	開設者 法人名（個人の場合 記載不要）	医療法人社団 明芳会
	代表者の職名及び氏名	理事長 中村 哲也 （ <u>医師</u> ・非医師） ↑○で囲んでください
4	所在地	〒225-0013 神奈川県横浜市青葉区荏田町 433
	電話番号／FAX番号	045-911-2011 / 045-911-4039
	メールアドレス	<u>shintoshi@ims.gr.jp</u> 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 山下 充男 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。
	看護(局・部)長	職名 看護部長 氏名 尾形 明美
7	許可病床数	合計 317 床 (内訳：一般 257 床、療養 60 床、精神 床、結核 床、感染 床)
8	診療科目	脳神経外科・整形外科・内科・循環器内科 リハビリテーション科・麻酔科・救急科・脳神経内科 主な診療科を（3診療科程度）ご記入ください。
	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。
9		※48号 24.4.15 神奈川県病院協会