

日本病院会 出来高算定病院経営支援事業  
「JHAstis」参加申込書

日本病院会 出来高算定病院経営支援事業  
「JHAstis」への参加を申し込みます

送信日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

1. 病院名 : \_\_\_\_\_

2. 設立母体 : 公立 公的 大学 民間 (健保/企業立) 民間 (それ以外)

3. 所在地 : 〒 \_\_\_\_\_

4. 電 話 : \_\_\_\_\_ 5. FAX : \_\_\_\_\_

【病院代表者 (理事長、病院長等)】

6. 役職名 : \_\_\_\_\_ 7. 氏 名 : \_\_\_\_\_

【貴院における本事業ご担当者】

8. <sup>フリガナ</sup>氏 名 : \_\_\_\_\_

9. 所属部課 : \_\_\_\_\_ 10. 役職名 : \_\_\_\_\_

11. 電 話 : \_\_\_\_\_ 12. FAX : \_\_\_\_\_

(※上記「4」と同じ場合は省略可)

(※上記「5」と同じ場合は省略可)

13. E-mail : \_\_\_\_\_

※お申込みに係る上記個人情報等は適切に処理し、本事業の目的以外には使用いたしません。

【本事業に関するお問合せ先】

一般社団法人 日本病院会 情報統計課「JHAstis」係

E-mail : jhastis@hospital.or.jp

**F A X    0 3 - 3 2 3 0 - 2 8 9 8**

日本病院会 情報統計課「JHAstis」係