

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

【病院概要】（※「2. 設立母体」は該当する項目に☑を付けてください）

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】（※本事業における実務及び連絡窓口をご対応いただく方）

8. ^{フリガナ}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： _____

【利用開始】

14. 利用開始年月： _____ 年 _____ 月診療分から

※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 行