

入 会 申 込 書

鹿児島県保険医協会 御中

年 月 日

貴会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。
入会にあたっては、申込時に配布された貴会の『個人情報の取扱いについて』に記載された利用目的、その他の内容について、同意しております。

フリガナ
氏 名

印 (男性 ・ 女性)

保険医登録番号

医療機関名

(開業医・勤務医・配偶者(勤)注1)

医療機関住所 〒

(無床 ・ 床)

TEL

FAX

自宅住所 〒

TEL

FAX

郵便物送付先：医療機関・自宅 ホームページアドレス：<https://>

一斉案内送付方法：FAXのみ・メールのみ・FAXとメールの両方
(メール送付ご希望の方) メールアドレス：

一斉案内送付先：医療機関 (※勤務医の方で個人名を入れる-はい・いいえ)・自宅

出身大学

大学

生年月日

昭・平

年

月

日

診療科目

内科～内・精・神・神内・呼・消・胃・循・児・外・整形・形成・美容・
脳外・呼外・心血外・小外・皮泌・皮・泌・性・肛・産婦・産・婦・眼・
耳鼻・気食・放・麻・心内・アレルギー・リハビリ・その他 ()
歯科～一般・小児・矯正・口外・その他 ()

入会理由

1.共済 2.紹介 () 3.新規開業
4. 訪問・PR宣伝 5.院長交替 6.県外より転入
7.診療報酬改定説明会 8.講演会・セミナー
9. その他 ()

趣 味

※「鹿児島県保険医協会入退会・会費等の取扱いについて」を必ずお読み下さい。

注1)配偶者(勤)とは、夫婦いずれも本会の会員であり、本会からの郵送物が一人分でよいと申出のあった、夫婦いずれか一方の勤務医会員のことです。(会費月額2,500円となります)