

赤字部分のご記入を、ご提出前に今一度ご確認ください。

ご記入例

入 会 申 込 書

鹿児島県保険医協会 御中

2020年 〇月 〇日

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

ホケンイ
保険医 一郎

印

(男性 ・ 女性)

保険医登録番号 鹿医(歯) 1 2 3 4 5 6

医療機関名 医療法人保険医会 保険医クリニック

(開業医・勤務医・配偶者(勤)注1)

医療機関住所 〒890-005 鹿児島市下荒田 3-44-18 のせビル3F

(無床・ 床)

TEL 099-254-8662

FAX 099-254-8667

自宅住所 〒 890-005 鹿児島市下荒田 8-89-98

TEL 099-254-8504

FAX 099-254-8920

郵便物送付先: 医療機関・自宅

ホームページアドレス: <https://kahokyou.com>

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: kago-k@doc-net.or.jp

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 〇〇大学

生年月日 昭・平 〇年 〇月 〇日

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・耳鼻咽・
気食・放・麻・心内・アレルギー・リマ・リハ・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(〇〇先生) 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 ゴルフ、テニス

※「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)