

赤字部分のご記入を、ご提出前に今一度ご確認お願いします。

ご記入例

入会申込書

鹿児島県保険医協会 御中

2020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 **ホケンイ 一郎**

印

男性

女性)

保険医登録番号 **鹿医(歯) 123456**

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 **○○大学**

生年月日 **昭 年 月 日**

診療科目 **医科～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・皮沁・皮・沁・性・肛・産婦・産・婦・眼・耳咽・気食・放・麻・心内・アルギー・リウマチ・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(○○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)