

鹿児島県保険医協会 入会申込書

鹿児島県保険医協会 宛

お申込日 年 月 日

本申込書のご記入日をご記載下さい

貴会への入会を申し込みます。
入会にあたっては、別紙『個人情報の取扱いについて』に記載された内容について同意します。

フリガナ お名前	生年月日（西暦） 年 月 日
性別	ご入会理由
保険医登録番号	ご卒業大学 大学
開業医/勤務医	医療機関名 無床/有床
診療科目（医科の方）	その他
診療科目（歯科の方）	その他
〒	TEL FAX
ご自宅住所	〒 TEL
〒	TEL
郵送物等の送付先	勤務医の先生方等で宛名を入れた方が良いでしょう ↓「医療機関（宛名入れる）」をご選択下さい
メール/FAXの送付先 ご案内方法	ご送付先 ご案内方法 メールドリス
ご趣味	

配偶者（勤）については、申込書下部記載の注1をお読み下さい

医療機関と同じ場合はチェックを、異なる場合は下欄へご記入下さい

機関紙や雑誌などを送付する場合のご送付先、ご案内方法をご指定下さい

メールをご指定の場合は、メールアドレスをご記入下さい

研究会や講演会、速報等を送付する場合のご送付先、ご案内方法をご指定下さい

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。
当協会は、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場合、夫婦が一方の勤務医会員で、会費月額が2,500円です。