

# ご記入にあたって

空欄へのご記入、又は該当箇所へ○印をお付け下さい。

## 鹿児島県保険医協会 入会申込書

鹿児島県保険医協会 宛

空欄へご記入、又は該当箇所へ○印

本申込書のご記入日をご記載下さい

お申込日 年 月 日

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 男・女
保険医登録番号	ご入会理由 共済 紹介 新規開業 PR・宣伝 本会の訪問・電話 自主的に 院長交替 県外より転入 点数改定説明会 講習会 等 その他（ ）	
開業医/勤務医 開業医・勤務医・配偶者(勤) ※注	大学	配偶者(勤)については、申込書下部記載の注をお読み下さい
医療機関名	床 無床・有床	
診療科目（医科の方）	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・耳咽・気食・放・麻・心内・ル牀 <sup>*</sup> ・リマ <sup>*</sup> ・リビ <sup>*</sup> リ、その他（ ）	
診療科目（歯科の方）	一般・小児・矯正・口外・その他（ ）	
医療機関住所	〒 〇〇〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 TEL 〇〇〇〇〇〇〇〇 FAX 〇〇〇〇〇〇〇〇	
ご自宅住所	〒 〇〇〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 TEL 〇〇〇〇〇〇〇〇 ←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	
郵送物等の送付先	医療機関・ご自宅 勤務医の先生方等で宛名を ↓「医療機関（宛名入れる）」に○印をお付け下さい	
メール/FAXの送付先 ご案内方法	ご送付先 医療機関・ご自宅 ( )宛名入れる	ご案内方法 メールのみ FAXのみ メール・FAX両方 メールアドレス ( )
ご趣味		

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

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。  
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お申出の一方の勤務医会員で、会費月額2,500円です。