

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

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
保険医登録番号		性別	
開業医/勤務医		ご入会理由	
医療機関名		ご卒業大学	大学
診療科目（医科の方）		無床/有床	
診療科目（歯科の方）	その他		
医療機関住所	〒		
	TEL		FAX
ご自宅住所	←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		
	〒		
	TEL		FAX
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場合は、 ↓「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/フAX	
ご趣味			

※別紙「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で、会費月額2,500円です。