

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○印をお付け下さい

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

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（ ）

保険医登録番号

開業医/勤務医

開業医・勤務医・配偶者(勤)
※注

ご卒業大学

大学

医療機関名

病床

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・アレルギー・リハビリ、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

〒

ご住所

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

〒

ご住所

TEL

FAX

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入れた方が良い場合は、
↓「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

ご送付先

医療機関・ご自宅

ご案内方法

メールのみ FAXのみ メール・FAX両方

ご案内方法

()宛名入れる

メールアドレス

()

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) 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お申出のあった、夫婦いずれか一方の勤務医会員で、会費月額2,500円です。