

鹿児島県保険医協会 入会申込書

空欄にご記入または該当箇所へ〇印・レ点をお付けください

鹿児島県保険医協会 宛

申込日 (西暦)

年 月 日

保険医登録

済・未

鹿児島県保険医協会に以下の通り入会を申し込みます。

フリガナ お名前		性別	男・女 ・無回答	生年月日 (西暦)	年 月 日	卒業大学	大学
-------------	--	----	-------------	-----------	-------	------	----

開業医/勤務医	開業医・勤務医・配偶者(勤)※注	専門分野	
---------	------------------	------	--

医療機関名		病床	無床・有床
-------	--	----	-------

医療機関住所	〒	ご住所	
--------	---	-----	--

TEL	
-----	--

FAX	
-----	--

ご自宅住所	<input type="checkbox"/> 医療機関と同じ (異なる場合は下欄へご記入ください)	〒	ご住所	
-------	---	---	-----	--

TEL	
-----	--

FAX	
-----	--

郵送物の送付先	医療機関・ご自宅	←郵送：出版物(機関紙等)や各種ご案内をお送りいたします。 ↓メール・FAX：催事や新刊書籍等のご案内をお送りいたします。
---------	----------	--

メール・FAXの送付先	<input type="checkbox"/> メール (メールアドレス:) <input type="checkbox"/> FAX (送付先: 医療機関・ご自宅) (宛名: 医療機関名のみ・医療機関名+お名前・お名前のみ) <input type="checkbox"/> メール&FAXいずれも送付 ※上記3項目をご記入、〇印をお付けください <input type="checkbox"/> メール&FAXいずれも不要
-------------	---

入会開始	年 月 から	←申込日と同月以降からご入会いただけます。 例) 2024年8月5日申込の場合、2024年8月から開始可能 ※会費の日割り計算はできかねますのでご了承ください。
------	--------	--

入会のきっかけ	共済加入 紹介 開業 院長交代 自主的に 県外より転入 研究会・講習会 点数説明会 本会からの訪問・電話 宣伝・DM その他 ()
---------	---

個人情報の取扱い方針について	<input type="checkbox"/>	←別紙「個人情報の取扱い」をご確認の上、チェックをお付けください。
----------------	--------------------------	-----------------------------------

入退会・会費等の取扱いについて	<input type="checkbox"/>	←別紙「鹿児島県保険医協会 入退会・会費等の取扱い」をご確認の上、チェックをお付けください。
-----------------	--------------------------	--

注) 配偶者(勤)…ご夫婦のいずれも本会の会員であり、夫婦いずれか一方の勤務医会員のことをいいます。
配偶者(勤)は郵送物(機関紙等)の送付は原則行いません。また、会費は月額2,500円となります。