

鹿児島県保険医協会 入会申込書

空欄にご入力または該当箇所へ✓印をお付けください

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

医療機関と同じ (異なる場合は下欄へご入力ください)

〒

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

- メール (メールアドレス:)
 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)
 メール&FAXいずれも送付 ※上記3項目をご入力、✓印をお付けください
 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

←別紙「個人情報の取扱い」をご確認の上、✓印をお付けください。

入退会・会費等の取扱いについて

←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、✓印をお付けください。

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。