

静岡県保険医協会入会申込書

HP用

※私は貴会の主旨に賛同し規約を了承して入会を申し込みます。

20 年 月 日

ふりがな				性別	1.男性	2.女性
氏名	⑩			生年月日	19	年 月 日
				出身大学		
区分	1. 医科	2. 歯科	標榜科			
	1. 開業医	2. 勤務医	開設形態	1. 無床診	2. 有床診・病院(床)	
医療機関住所	〒 TEL() - FAX() -					
医療機関名						
ふりがな						
医療法人名						
自宅住所	〒 TEL() - FAX() -					
郵送物お届け先	1. 医療機関	2. 自宅	FAX送付先	1. 医療機関	2. 自宅	3. 不要

※保険医協会では、社保情報・研究会案内など様々なご案内をFAXにて送付させていただいております。FAXを希望される方は、FAX送付先一箇所にご記入ください。

趣味									
入会理由・動機 (複数可)	1. 共済	2. 情報入手	3. 研究会・研修会	4. 医療保険制度改善運動	5. 紹介	6. 転入	7. 院長交代	8. 新規開業	9. その他()

※近く開業予定の先生のみご記入下さい。

開業予定日		開業予定地	
-------	--	-------	--

※協会共済制度・出版物など資料が必要な場合は、通信欄にご記入下さい。

(通信欄)

【個人情報の取り扱いについて】

入会申込書により取得した個人情報(氏名・住所など)については、①配布物の発送及び催し物の案内②共済制度利用者への通知及び普及促進③会費・保険料の引き落とし及び結果の通知④その他協会業務を遂行するのに必要な行為等これらの項目以外の目的で個人情報を利用したり、本人の同意を得ないで第三者へ提供することはありません。ただし、利用目的の範囲内で個人データの取り扱いを委託する場合は、委託を受けたものへの必要かつ適切な監督を行います。