

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及び個人情報保護方針を了承して入会を申し込みます。

年 月 日

ふりがな			性別	1.男性	2.女性
氏名			生年月日	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		
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
メールアドレス	@				

※保険医協会では、社保情報・研究会案内など様々なお案内を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送付先一箇所には○を付けて下さい。

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)

【入会の手続き】 この用紙をFAX又は郵送にてご返送ください。FAX(054)281-7473