

# 千葉県保険医協会 入会申込書

申込日 20●●年 ●月 ●日

フリガナ	キョウカイ タロウ	性別	
氏名	協会 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	
		どちらかに○を	
フリガナ	キョウカイクリニック	<input checked="" type="radio"/> 開設者	非開設者
医療機関名	協会クリニック	非開設者の方は○を	
		管理者	勤務医
医療機関住所	〒 260-0031 千葉市中央区新千葉2-7-2		
TEL	043-248-1617	FAX	043-245-1777
自宅住所	〒 260-0031 千葉市中央区●●町●番地●号		
TEL	043-●●●-●●●●	FAX	同左
生年月日	19●●年 ●月 ●日	郵送物送付先 (どちらかに○を)	<input checked="" type="radio"/> 診療所 ・ 自宅
出身大学	●●大学	卒業年度	19●●年
形態	無床診 ・ <input checked="" type="radio"/> 有床診 ・ 病院	病床数 (	19 床)
休診日	日、祝祭、木及び土曜午後	診療科目	内科、小児科 科
千葉県保険医協会会則を了承の上、2005年 ●月より入会します。			

開設者の場合は空欄で構いません。  
非開設者の場合は必ずご記入下さい。

※当会は、入会申込書および会費口座振替依頼書の個人情報について当会が定める規定に基づいて厳格に管理し、使用いたします。

**もれなく全ての欄にご記入下さい**