

千葉県保険医協会 入会申込書

申込日 20 年 月 日

フリガナ		性別	
氏名		男 ・ 女	
		どちらかに○を	
フリガナ		開設者	非開設者
医療機関名		非開設者の方は○を	
		管理者	勤務医
医療機関住所 〒			
TEL		FAX	
自宅住所 〒			
TEL		FAX	
E-MAIL			
生年月日 年 月 日		郵送物送付先	診療所 ・ 自宅
		FAX送信先	診療所 ・ 自宅
出身大学		卒業年度 年	
形態 無床診 ・ 有床診 ・ 病院		病床数 (床	
休診日		診療科目 科	
千葉県保険医協会会則を了承の上、20 年 月より入会します。			

※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。