

一般社団法人 茨城県保険医協会 入会申込書

一般社団法人 茨城県保険医協会 理事会 御中

私は貴会への入会を申込みます。

※下記項目は全てご記入ください。

西暦平成 年 月 日 申込

フリガナ				印	医科・歯科 (該当項目に○印)
氏名					
生年月日	西暦 昭和	年	月	日	
所属施設名	フリガナ				
	該当項目に○印 (管理者または開業・勤務) (病院・有床診療所・無床診療所・歯科診療所)				
施設所在地	〒 市 町 郡 村				
	TEL ()			FAX ()	
	E-mail				
自宅所在地	〒 市 町 郡 村				
	TEL ()			FAX ()	
	E-mail				
送付先	施設所在地・自宅所在地 ※ご送付先に○印(郵送物等)				
保険医登録番号			いずれかに記載	医籍登録番号:	
				歯科医籍登録番号:	
保健所に届け出た標榜科目	医師賠償責任保険への加入について ※現時点での加入状況についてお答えください(当会経由の保険に限らず)。			加入している ・ 加入していない	
休診日					
出身校	卒業年度 (西暦・昭和・平成) 年度				
主な職歴(経歴)	① 年～				
	② 年～				
所属する地区医師会・地区歯科医師会					
入会の動機 該当項目へ○印 (複数可)	訪問 / DMなどでの勧め / 共済制度 / 友人・知人の勧め / 新点数説明会 研究会 / 院長交代 / その他(具体的にお願いします:)				

協会事務局記入欄 (記入しないでください)	承認理事会: 年 月 日 第 回 理事会	会員番号:
	入会日: 年 月 日	口座振替依頼書受付日: 年 月 日
	事務局受付日: 年 月 日	区分: 開・開(減)・勤・準 取扱者:

入会申込書により取得した個人情報(上記の内容)については、①会員データベースの作成②広報誌等の配布物の郵送③研究会等の催物案内④共済制度の普及促進⑤協会業務に必要な場合に使用させていただきます。これらの項目以外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情報を提供することはありません。ただし、共済事業で個人データの取扱を委託する場合は、当協会理事会が委託を受けた者へ適切な監督を行います。