

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。

HP

※下記項目は全てご記入ください。

西暦 令和 年 月 日 申込

フリガナ 氏名			印	医科・歯科 (該当項目に○印)
生年月日	西暦 昭和 平成	年 月 日	性別 (男・女)	
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)	訪問での勧め / DMでの勧め / 共済制度 / 家族・友人・知人の勧め / 社保相談のため 研究会・講習会・研修会 / 院長交代 / その他(具体的に:)			

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

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をする場合は、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。



一般社団法人
茨城県保険医協会

〒300-0038 茨城県土浦市大町12-31

TEL:029-823-7930 FAX:029-822-1341 E-mail:info@ibaho.jp