

# ◆記入例◆

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 2019年 7月 1日 申込  
令和

フリガナ	イバホ タロウ		<input checked="" type="radio"/> 茨保	<input checked="" type="radio"/> 医科・歯科 (該当項目に○印)
氏名	茨保 太郎			
生年月日	<input checked="" type="radio"/> 西暦 昭和 平成	1974年 1月 1日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
所属施設名	フリガナ イバラキケンホケンイクリニック			
	茨城県保険医クリニック			
該当項目に○印 <input checked="" type="radio"/> 管理者または開業・勤務) (病院 <input checked="" type="radio"/> 有床診療所・無床診療所・歯科診療所)				
施設所在地	〒 土浦 <input checked="" type="radio"/> 市 <input type="radio"/> 郡 大 <input checked="" type="radio"/> 町 12-31 保険医会館 1階			
	TEL	029 ( 823 ) 7930		FAX 029 ( 822 ) 1341
	E-mail	info@ibaho.jp		
自宅所在地	〒 ○○ <input checked="" type="radio"/> 市 ○○ <input type="radio"/> 町 12-345			
	TEL	012 ( 345 6789		FAX 012 ( 345 6780
	E-mail	○×○×@ibaho.jp		
送付先	<input checked="" type="radio"/> 施設所在地・自宅所在地 ※送付先に○印(郵送物等)			
保険医登録番号	茨医12345		いずれかに記載	医籍登録番号: 67890
				歯科医籍登録番号:
保健所に届け出た標榜科目	内科・小児科・耳鼻科		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)。	
			<input checked="" type="radio"/> 加入している <input type="radio"/> 加入していない	
休診日	水・土(午後)・日・祝			
出身校	茨城県保険医大学		卒業年度 <input checked="" type="radio"/> 西暦 昭和・平成) 1994 年度	
主な職歴(経歴)	① 1995年～ 茨城県保険医大学付属病院 勤務			
	② 2006年～ 全国保険医団体連合病院 勤務			
所属する地区医師会・地区歯科医師会	保団連医師会			
入会の動機 該当項目へ○印 (複数可)	訪問 / <input checked="" type="radio"/> DMなどでの勧め / 共済制度 / <input checked="" type="radio"/> 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)			

※ 太線で囲まれた項目について  
全てご記入ください。

※ 記載するにあたって、  
特にお気をつけいただきたい点

該当する項目に○印をつけてください

FAX番号もご記入ください。

施設E-Mail、自宅住所、TEL、FAX、  
自宅E-Mailもご記入ください。  
※ FAX、E-Mailがない場合は「なし」と  
ご記入ください。

郵送物等の送付先を必ずお選びください。

茨医や千医、東医などから始まる番号をご記入ください。

医師免許証・歯科医師免許証に記載されている登録番号をご記入ください。

医師賠償責任保険への加入の有無をご記入ください。

保健所に届け出た標榜科目をご記入ください。

現在までの主だった勤務先とその在籍開始年をご記入ください(職歴がない場合は、学歴等の経歴でかまいません)。

所属がない場合は「なし」とご記載ください。