

三重県保険医協会入会申込書

三重県保険医協会 御中

私は保険医療に従事する保険医であり、今般、貴協会の趣旨に賛同し、会則を了承して入会を申し込みます。
入会手続き後、貴協会の個人情報保護方針にもとづく個人情報の取り扱いを了承します。

20 年 月 日

ふりがな		認 印	性 別	生 年 月 日(西暦)
氏 名		印	男 女	年 月 日
区 分	1. 医科 2. 歯科	出身大学		
	1. 開業医 2. 勤務医			
医療機関名				
標榜科目				
	※主たる標榜科または診療科をご記入ください。勤務医の方は診療担当科をご記入ください。			
自宅住所	〒 - TEL : () FAX : ()			
開業住所 または 勤務先住所	〒 - TEL : () FAX : ()			
緊急連絡先 (携帯電話番号)	()			
Eメールアドレス	@			
趣味・特技				
郵送物お届け先	1. 医療機関 2. 自宅	FAX送付先	1. 医療機関 2. 自宅 3. 不要	
共済制度募集にかかる 生命保険会社の訪問	生命保険会社普及員の訪問		1. 希望する 2. 希望しない	
入会理由・動機 (○をつけてください)	1. 協会の活動方針に賛同 2. 共済制度の利用 3. 研究会・研修会の参加利用 4. 新規開業 5. 社保点数情報 6. 医療保険制度改善運動 7. 院長交代 8. その他 ()			
会費の口座振替 取扱金融機関	1. 百五銀行 2. 第三銀行 3. 三重銀行 4. 中京銀行 5. 三菱東京UFJ銀行 ※上記の5行から、ご都合の良い金融機関を指定してください。後日、会費口座振替用紙を送付させていただきます。			