

入会申込書

*印は必ずご記入下さい

*記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

群馬県保険医協会 御中

●貴会の趣旨に賛同し入会します

フリガナ
*氏名

*性別 男 ・ 女 _____

*生年月日 (西暦 _____ 年) _____ 月 _____ 日生

勤務先 *医療機関名 _____

*住所 〒 _____

*TEL _____ *FAX _____

ご自宅 *住所 〒 _____

*TEL _____ *FAX _____

*診療科目 _____

*出身大学 _____

趣味 _____

*■先生のご就業形態は… 《 開業医(開設者) ・ それ以外 》 ←いずれかに○
将来、ご就業形態が変わりましたら、お手数でもご一報下さい。

*■保険医協会からの郵便物の送り先は… 《 勤務先 ・ ご自宅 》 ←いずれかに○

*■他県の保険医協会へのご加入経験は… 《 な い ・ あ る 》 ←いずれかに○
(入会都道府県名 _____)

*■同一法人内に、当会にご加入いただいている先生はいらっしゃいますか…
《 いる ・ いない ・ わからない 》 ←いずれかに○

[会費] 月額 医科開業医(開設者) 4.000 円/月
歯科開業医(開設者) 3.500 円/月
勤務医(医科歯科とも) 3.000 円/月

会費は、全国保険医新聞 (月三回刊)
群馬保険医新聞 (月一回刊)
月刊・保団連 (月一回刊)
の購読料を含みます。

この申込書により取得した個人情報については、①事務局内での名簿搭載 ②広報等の郵送 ③研究会、共済制度等のご案内 ④保険医協会の業務に必要な場合にのみ使用させていただきます。これらの項目以外の目的で個人情報を利用したり、本人の同意を得ないで第三者に情報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り扱いを委託する場合は、当協会が委託先に適切な監督を行います。