

記入日 年 月 日

群馬県保険医協会 御中

入会申込書

貴会の趣旨に賛同し入会します。

※必要事項にご記入、該当には○印をお願いいたします。

フリガナ		性別	生年月日	西暦	年	月	日
氏名		男・女					
出身大学		趣味					
勤務先	(開業先・勤務先の医療機関名)						
診療形態	開業医・勤務医・研修医 (初期研修期間 年 月 日 ~ 年 月 日) 将来、ご就業形態が変わりましたらお手数でもご一報ください						
診療科目							

開業先住所 または 勤務先住所	〒						
電話番号	()		FAX 番号	()			
自宅住所	〒						
電話番号	()		FAX 番号	()			
発送先	開業先 ・ 勤務先 ・ 自宅 (書類の送付先です。必ず○印ください)						
他県の保険医協会へのご加入経験は… < ある ・ ない > (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 >							

【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
研修医(医科歯科とも) 0円/月(初期研修期間は会費0円となります)

●会費には、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)の購読料が含まれております。

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すること、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。