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。

群馬県保険医協会　ＴＥＬ 027-220-1125　ＦＡＸ 027-220-1126