

## 入会申込書

年 月 日

ふりがな 氏名				開業医 勤務医
生年月日	大正 昭和 西暦	年 月 日	郵送物 FAX 送付先	医療機関 ・ 自宅
医療機関	医療機関名 住所 〒 - Tel. ( ) - Fax. ( ) -			
自宅	住所 〒 - Tel. ( ) - Fax. ( ) -			
医療機関 区分	1. 無床診療所 2. 有床診療所 ( 床) 3. 病 院 ( 床)	法 人 区 分	1. 私立 3. 医療法人 2. 一人法人 4. その他 (	
診療科目	出身大学			

広島県保険医協会の趣旨に賛同し入会を申し込みます。

また、入会申込みにあたり、個人情報取り扱いについて、申込み時に通知された内容を了承いたしました。

氏 名

印