

# 入会申込書

日本医師会専用

入会年月日（医師会使用欄）

令和		年		月		日
----	--	---	--	---	--	---

入会する医師会				（医師会使用欄）		
日本医師会	岩手県 岩手医科大学	都道府県 医師会	市区医師会・ その他の医師会			

※「記入上の注意」にそって、かならずご本人が記入してください。数字は右詰で記入してください。

「1」、「6」、「12」、「13」、「15」、「16」、「21」は「記入上の注意」をよく読んで、記入してください。  
「7」は、都道府県知事に届け出た正式名称を記入してください。

1. 入会区分	1 2 3	異動前の医師会 (入会区分で2に○した方)		都道府県		市区医師会・ その他の医師会
---------	-------	--------------------------	--	------	--	-------------------

2. 医籍登録番号	第		号	6. 会員		
-----------	---	--	---	-------	--	--

3. 氏名	フリガナ (姓)	(名)	印	日医	A①	A② (B)	A② (C)	B	C
					都道府県				

4. 生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	5. 性別	男女	市区 その他
---------	----------------	---	---	---	-------	----	-----------

7. 所属施設名 (正式名称)	フリガナ								
--------------------	------	--	--	--	--	--	--	--	--

8. 施設所在地	TEL ( )	FAX ( )			
	都道府県				

9. 自宅現住所	TEL ( )	FAX ( )			
	都道府県				

10. 文書送付先	施設所在地	自宅現住所				
-----------	-------	-------	--	--	--	--

11. 電子メールアドレス									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12. 開設主体		13. 施設・業務					
----------	--	-----------	--	--	--	--	--

14. 病床の有無	有 無	有床の場合→	許可病床数	床	15. 併設の施設	介護保険施設 その他 ( )
-----------	-----	--------	-------	---	-----------	----------------

16. 診療科名	主たる科名	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

17. 出身校		18. 卒業年月	大正 昭和 平成 令和	年	月
---------	--	----------	----------------	---	---

19. 医籍登録日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	20. 学位取得	大正 昭和 平成 令和	年	月
-----------	----------------	---	---	---	----------	----------------	---	---

21. 所属学会	①	②	③	④	22. 指定医	保険医 母体保護法 精神保健 その他
----------	---	---	---	---	---------	--------------------