

研修医入会申込書

沖縄県保険医協会の趣旨に賛同し入会を申し込みます。

入会金なし
会費 無料

		年	月	日
ふりがな				性 別
氏 名				男 ・ 女
生年月日	(昭和・平成・西暦) 年 月 日 歳			
医療機関名		医師登録番号		
		保険医登録番号		
自宅住所	〒 ー TEL () メールアドレス () 市 町 村			
出身大学		文書送付先	勤務先 ・ 自宅	

※研修医期間終了後、会員を継続される場合は、開業医月額4, 0 0 0円、勤務医月額3, 0 0 0円を納付していただきます。詳しくは協会事務局までご連絡ください。