

# 入 会 申 込 書

貴会の趣旨に賛同して入会を申し込みます。

年 月 日

(〒番号)

住 所

医療機関名

ふりがな

氏 名

印

生年月日

電話番号

FAX番号

メールアドレス

出身校

診療科目

区 分 開業医 ・ 勤務医

この入会申込書に記載した私自身の個人情報の取扱いについて、申込時に通知・配布された説明資料等の内容を、承知し、同意します。

氏名

印

**栃木県保険医協会殿**

会費月額3500円  
(勤務医3000円)

(保団連会費、保団連発行の定期刊行物である「月刊保団連」「全国保険医新聞」、栃木保険医新聞、資料、その他協会運営費)

会費の納入方法

3ヶ月分前納としていただきます。  
念書による銀行口座振替徴収を実施しておりますので、ご協力下さい。