

令和 年 月 日

【日本大学医師会 入会申込書】

私議、このたび日本大学医師会への入会を申し込みます。

希望入会日	西暦 年 月 日		
会員種別	日本医師会		東京都医師会
	<input type="checkbox"/> 医師賠償責任保険加入に加入する	<input type="checkbox"/> 特別会員 (6000 円)	
	<input type="checkbox"/> 医師賠償責任保険加入に加入しない	<input type="checkbox"/> 正会員 (12000 円)	
医師国民健康保険	<input type="checkbox"/> 加入する <input type="checkbox"/> 加入しない		

加入者情報

ふりがな			
氏 名			男 女
生年月日	西暦 年 月 日		
所属施設			
所属分野			
出身校			西暦 年 月 卒業
医籍登録番号		医籍登録日	西暦 年 月 日
現住所 ※建物名も記入	〒 ー		
電話番号	()		
文書送付先	自宅現住所 ・ 施設所在地		
E-mail			