

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
一般	<input type="checkbox"/> A2B : 医師賠償責任保険に加入 <input type="checkbox"/> B : 医師賠償責任保険加入に加入しない	<input type="checkbox"/> 大学特別会員 : 6000 円	
研修医	<input type="checkbox"/> A2C : 研修医 : 医師賠償責任保険に加入 <input type="checkbox"/> C : 研修医 : 医師賠償責任保険に加入しない	<input type="checkbox"/> 大学正会員 : 12000 円	
医師国民健康保険	<input type="checkbox"/> 加入する ※別途申し込みが必要です <input type="checkbox"/> 加入しない		

加入者情報

ふりがな		男 女	
氏名		生年月日	西暦 年 月 日
所属施設		診療科	
出身校		卒業年度	西暦 年 月
医籍登録番号		医籍登録日	西暦 年 月 日
認定産業医番号		スポーツ医認定番号	
現住所 ※建物名も記入	〒 ー		
電話番号	()		
E-mail			