| 女子医大医師会入会申込書 |
| --- |
| 氏名 |  | 例) 医師　花子 |
| フリガナ |  | 例) イシ　ハナコ |
| 生年月日 |  | 例) 1970/03/03 |
| 所属 |  |  |
| 職名 |  |  |
| 東京女子医大の卒業生は卒業年を記入 | 昭和　平成　令和　　　　年3月卒業　（該当年号を○で囲む） |  |
| 郵便番号 |  | 例) 111-1111 |
| 都道府県 |  |  |
| 住所1 |  | 市区町村、番地等 |
| 住所2 |  | 建物名、部屋番号等 |
| 電話番号 |  | 例) 03-1111-2222 |
| その他連絡先 |  | 携帯番号等 |
| メールアドレス |  |  |
| 医師免許番号 |  |  |
| 医師免許登録年月日 |  | 例) 1995/05/31 |
| 保険医登録番号 |  |  |
| 保険医登録年月日 |  | 例) 1995/05/31 |
| 会員区分 | □ Ａ②Ｂ会員（医師賠償責任保険付）□ Ｂ会員□ Ａ②Ｃ会員(研修医・医師賠償責任保険付)□ Ｃ会員(研修医)↑チェックを入れて下さい。 |  |
| 東京都医師国民健康保険加入希望の有無 | 有　　・　　無 |  |
| 日本医師会医師年金加入希望の有無 | 有　　・　　無 |  |

送信先　e-mail：info@twmuishikai.jp

FAX 　： 03-5369-6135