

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 開業医 月額 4,000円

勤務医 月額 3,000円

年 月 日

ふりがな			性 別
氏 名	①		男 ・ 女
生年月日	(昭和・平成・西暦) 年 月 日		
医療機関 所在地	〒 — 市 町 村	TEL () FAX ()	
医療機関名		診療科目	
区 分	開業医 ・ 勤務医	医師登録番号	
		保険医登録番号	
自宅住所	〒 — 市 町 村	TEL ()	
出身大学		文書送付先	勤務先 ・ 自宅

*会費はお届け頂いた銀行口座より自動振替で年4回(2月、5月、8月、11月の各1日に3ヶ月分を前納)、お支払いいただきます。尚、会費は医業経費として算入できます。