

地区会長印

入 会 申 込 書 (正 会 員)

申込年月日 令和 年 月 日

一般社団法人西多摩医師会の設立主旨に賛同し入会申込をいたします。

医籍登録番号		フリガナ	性 別	生年月日
交付年月日	昭和・平成 年 月 日	氏 名	1. 男 2. 女	昭和・平成 年 月 日

医療機関

法人名	
病医院名	
開設者名	
管理者名	
住 所	〒
電話・FAX	
ホームページ アドレス	
E-mail	
医療機関の 標榜科目	
医療機関 番 号	
許可病床数	床

業務の種類

1. 開設者・管理者 2. 開設者 3. 管理者 4. 勤務医 5. その他

開業又は勤務年月日

1. 開業 2. 勤務	年 月 日
-------------	-------

自宅住所	〒
自宅 電話・FAX	

E-mail	
先生の 診療科目	

上記の入会を承認します。

令和 年 月 日

一般社団法人 西多摩医師会長

履 歴 書

氏 名		国 籍	
出身学校名及卒業年月		専攻科目	
健康保険医指定年月及番号			
卒業より今日までの 奉職開業等の略歴			
その他 参考事項			

以下は記入しないで下さい

日医入会			
都医入会			
互助会入会			