

入会申込書

日本医師会用

入会年月日（医師会使用欄）

令和 年 月 日

入会する医師会

日本医師会

島根県医師会

医師会

(医師会使用欄)

「1」、「6」、「12」、「13」、「15」、「16」、「21」は「記入上の注意」をよく読んで、記入してください。
「7」は、都道府県知事に届け出た正式名称を記入してください。

1.入会区分	1 2 3	異動前の医師会 (入会区分で2に○した方)	都道府県	市区医師会・ その他の医師会						
2.医籍登録番号	第 号	6.会員								
3.氏名	フリガナ (姓)	(名)	印	日医 A① A②(B) A③(C) B C						
				都道府県 甲・乙・丙						
4.生年月日	年 月 日	5.性別	男 女	郡市区 その他						
7.所属施設名 (正式名称)	フリガナ									
8.施設所在地	TEL	FAX								
9.自宅現住所	TEL	FAX								
10.文書送付先	施設所在地	自宅現住所								
11.電子メールアドレス										
12.開設主体		13.施設・業務								
14.病床の有無	有 無	有床の場合→許可病床数	床	15.併設の施設 介護保険施設 その他						
16.診療科名	主たる科名	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
17.出身校				18.卒業年月	年	月				
19.医籍登録日	年	月	日	20.学位取得	年	月				
21.所属学会	①	②	③	④	22.指定医 保険医 母体保護法 精神保健 その他					

入会申込書

都道府県医師会用

入会年月日（医師会使用欄）

令和 年 月 日

入会する医師会

（医師会使用欄）

日本医師会

島根県医師会

医師会

「1」、「6」、「12」、「13」、「15」、「16」、「21」は「記入上の注意」をよく読んで、記入してください。
「7」は、都道府県知事に届け出た正式名称を記入してください。

1.入会区分	1 2 3	異動前の医師会 (入会区分で2に○した方)		都道府県		郡市区医師会・ その他の医師会
2.医籍登録番号	第					号
3.氏名	フリガナ (姓)		(名)	印	日医	A① A②(B) A③(C) B C
4.生年月日		年	月	日	5.性別	男 女
6.会員	都道府県 甲・乙・丙					
7.所属施設名 (正式名称)	フリガナ					
8.施設所在地	TEL			FAX		
9.自宅現住所	TEL			FAX		
10.文書送付先	施設所在地		自宅現住所			
11.電子メールアドレス						
12.開設主体				13.施設・業務		
14.病床の有無	有	無	有床の場合→	許可病床数		床
15.併設の施設	介護保険施設 その他					
16.診療科名	主たる科名	②	③	④	⑤	⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
17.出身校				18.卒業年月		年 月
19.医籍登録日		年	月	日	20.学位取得	年 月
21.所属学会	①	②	③	④	22.指定医	保険医 母体保護法 精神保健 その他

入会申込書

郡市区・その他の医師会用

入会年月日（医師会使用欄）

令和 年 月 日

入会する医師会

(医師会使用欄)

日本医師会

島根県医師会

医師会

「1」、「6」、「12」、「13」、「15」、「16」、「21」は「記入上の注意」をよく読んで、記入してください。
「7」は、都道府県知事に届け出た正式名称を記入してください。

1.入会区分	1 2 3	異動前の医師会 (入会区分で2に○した方)	都道府県	郡市区医師会・ その他の医師会						
2.医籍登録番号	第 号	6.会員								
3.氏名	フリガナ (姓)	(名)	印	日医 A① A②(B) A③(C) B C						
				都道府県 甲・乙・丙						
4.生年月日	年 月 日	5.性別	男女	郡市区 その他						
7.所属施設名 (正式名称)	フリガナ									
8.施設所在地	TEL	FAX								
9.自宅現住所	TEL	FAX								
10.文書送付先	施設所在地	自宅現住所								
11.電子メールアドレス										
12.開設主体		13.施設・業務								
14.病床の有無	有 無	有床の場合→許可病床数	床	15.併設の施設 介護保険施設 その他						
16.診療科名	主たる科名	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
17.出身校				18.卒業年月	年	月				
19.医籍登録日	年	月	日	20.学位取得	年	月				
21.所属学会	①	②	③	④	22.指定医	保険医	母体保護法			
						精神保健	その他			

入会申込書

本人控

入会年月日（医師会使用欄）

令和 年 月 日

入会する医師会

(医師会使用欄)

日本医師会

島根県医師会

医師会

「1」、「6」、「12」、「13」、「15」、「16」、「21」は「記入上の注意」をよく読んで、記入してください。
「7」は、都道府県知事に届け出た正式名称を記入してください。

1.入会区分	1 2 3	異動前の医師会 (入会区分で2に○した方)	都道府県	市区医師会・ その他の医師会						
2.医籍登録番号	第 号	6.会員								
3.氏名	フリガナ (姓) (名)		日医	A① A②(B) A③(C) B C						
			都道府県	甲・乙・丙						
4.生年月日	年 月 日	5.性別	男女	市区 その他						
7.所属施設名 (正式名称)	フリガナ									
8.施設所在地	TEL		FAX							
9.自宅現住所	TEL		FAX							
10.文書送付先	施設所在地 自宅現住所									
11.電子メールアドレス										
12.開設主体			13.施設・業務							
14.病床の有無	有 無	有床の場合→許可病床数	床	15.併設の施設						
				介護保険施設 その他						
16.診療科名	主たる科名	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
17.出身校				18.卒業年月	年	月				
19.医籍登録日	年	月	日	20.学位取得	年	月				
21.所属学会	①	②	③	④	22.指定医	保険医	母体保護法			
						精神保健	その他			