様式第１号（個人用）

令和　　　年　　　月　　　日

湖　北　医　師　会　入　会　届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 入会日 | 年　　　月　　　日 | 会員区分Ａ　Ａ２　Ｂ |
| （フリガナ）氏　　名 |  | 男・女 | 昭平　　　年　　月　　日生 |
| 本籍地 | 県 | 出身校 |  |
| 現住所 |  | 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 医籍登録番号 |  | 免許証交付年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 学位称号 |  | 指定医 | 保険医（滋医第　　　　　　　　） |
| 履　　歴 | 　　年　　月　　日から | 　　年　　月　　日から |
| 　　年　　月　　日まで | 　　年　　月　　日まで |
| 　　年　　月　　日から | 　　年　　月　　日から |
| 　　年　　月　　日まで | 　　年　　月　　日まで |
| 　　年　　月　　日から | 　　年　　月　　日から |
| 　　年　　月　　日まで | 　　年　　月　　日まで |
| 　　年　　月　　日から | 　　年　　月　　日から |
| 　　年　　月　　日まで | 　　年　　月　　日まで |
| 　　年　　月　　日から | 　　年　　月　　日から |
| 　　年　　月　　日まで | 　　年　　月　　日まで |
| 医療機関自己開業 | 所在地 |  | 名　称 |  |
| 科　名 |  | 開設年月日 |  |
| 管理者氏名 |  | 病床数 |  | 従業員数 |  |
| 勤務者の場合 | 医療機関名　称 |  | 所在地 |  |
| 職　名 |  | 科　名 |  | 　　　年　　　月　　　日より勤務 |
| 前記以外の医療機関での状況 |  |
| 　　　　　上記のとおり入会の届出をします　　　　　　　湖北医師会長　　　　　　　　　　様　　　　　（氏　名）　　　　　　　　　　　　　　㊞ |