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）　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | |