

私は貴会の趣旨に賛同し、規約を了承して入会を申し込みます

年 月 日

(フリガナ) ----- ● 生年月日 ● 氏名 (印) 年 月 日生	
医療機関	● 名称 <input type="checkbox"/> 無床 <input type="checkbox"/> 有床 <input type="checkbox"/> 病院
	● 診療科目
	● 住所 〒
	● 電話 ● FAX
	● 開業年月 年 月開業 ● 休診日
自宅	● 住所 〒
	● 電話 ● FAX
● 出身校 ● 卒業年度 ● 今後利用したい共済制度 S・H 年卒 <input type="checkbox"/> 保険医年金 <input type="checkbox"/> 休業保険 <input type="checkbox"/> グループ保険	
● 会費納入方法 <input type="checkbox"/> 開業医 (月額4,500円) <input type="checkbox"/> 勤務医 (月額3,000円) ※勤務形態に変更があった場合は協会迄ご連絡ください	
● 取引金融機関 <input type="checkbox"/> 百十四銀行 <input type="checkbox"/> 香川銀行 <input type="checkbox"/> 郵便振替 ※他の金融機関はお取り扱いできません	
<p>香川県保険医協会は、本会が所有する個人情報を「香川県保険医協会個人情報保護方針」に基づき、適正に管理運営しています。個人情報は下記の目的に使用しますが、原則として下記の目的以外には使用せず、また、ご本人の同意を得ず外部の第三者に提供しません。</p> <p>個人情報の利用目的</p> <p>(1)香川県保険医協会会報、全国保険医新聞、月刊保団連、書籍等、定期又は不定期刊行物の発送</p> <p>(2)研究会等、諸行事の案内</p> <p>(3)本会共済制度の案内及び各種手続き</p> <p>(4)会費、共済掛金の請求</p>	
協会使用欄	