

# 入会申込書

※医師会が記入する欄→

県医	研修医（1年：2年）	日医
----	------------	----

①所属医師会

鳥取大学 医学部 医師会
--------------------

②氏名（ふりがな）・性別

ふりがな	(姓)	(名)	性別
氏名			

③生年月日

大正・昭和・平成		
年	月	日

④出身地・現住所

出身地 都道府県		自宅	TEL	—	—
			FAX	—	—
現住所	(〒 — )				

⑤勤務先の名称及び所在地（大学の場合は所属講座名）

ふりがな		所属講座名	許可病床数	
名称			床	
所在地	(〒 — )			
開業の場合診療開始日	年	月	日	
		TEL	—	—
		FAX	—	—

⑥業務の種類（該当するものに○印）

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

⑦診療科目又は標榜科目（主と思われるものを1番に記入してください。）

1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )	5. ( )
--------	--------	--------	--------	--------

⑧出身大学及び大学院

大学		(昭和・平成)	年	月卒業
大学院		(昭和・平成)	年	月修了

⑨医師免許取得年月日及び医籍登録番号

(昭和・平成)	年	月	日	医籍登録番号	第	号
---------	---	---	---	--------	---	---

⑩医師会報の送付先（該当するものに○印）

1. 勤務先	2. 自宅	3. その他 (〒 — )
--------	-------	---------------

⑪電子メールアドレス

--

※医師会からの連絡のみに使用します。(携帯電話のメールアドレスは不可)

私は、定款及び個人情報の取り扱いに関する事項に同意し、入会の申込みをいたします。

平成 年 月 日

鳥取県医師会長 様

署名・押印

印

⑫主な職歴（履歴書の写を添付してもよい）

年	月から	年	月まで	
年	月から	年	月まで	
年	月から	年	月まで	
年	月から	年	月まで	
年	月から	年	月まで	
年	月から	年	月まで	
年	月から	年	月まで	
年	月から	年	月まで	
年	月から	年	月まで	
年	月から	年	月まで	

⑬学校医、産業医等の状況（学校名、事業場名等を記入する。認定医は○印を記入する）

1.	4.
2.	5.
3.	6.