

# 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			男・女

③生年月日

(昭和・平成・令和)		
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	(昭和・平成・令和)	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・令和)	年	月卒業
大学院		(昭和・平成・令和)	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・令和)	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、入会の申し込みをいたします。

令和 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、事業所名等を記入する。認定医は○印を記入する）

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