

栃木県医師会勤務医部会入会申込書

入会年月日 平成 年 月 日

医籍登録番号	第								号
	未記入でも結構です。								
所属都市・大学医師会	医師会								
ふりがな									印
氏名	(姓)			(名)					
生年月日	1.大正	2.昭和		年		月		日生	
性別	1.男 2.女								
県医会員区分	A1(病院長)	A2(有床診療所長)	A3(無床診療所長)	B(勤務医)					
主たる診療科名	科								
所属医療機関名									
所属科名									
E-mailアドレス									
メーリングリスト	1.希望する 2.希望しない								
備考	(ご意見・ご要望等ございましたらお書きください。)								

勤務医部会では、栃木県医師会個人情報保護規程に則り、取得した個人情報を部会事業に必要な範囲で利用します。それら以外の目的に利用することはありません。