

新規入会申込時に提出していただく書類

様式 3 - 1 入会申込書

様式 3 - 2 お尋ね書

様式 3 - 3 履歴書

医師免許証の原本

(原本を確認して、その場でコピーします。原本はすぐお返しします。)

入会金関係

小郡三井医師会

入会金 200 万円

* 分割払い 入会時に 100 万円、1 年後の入会月に 50 万円、2 年後の入会月に 50 万円

休日診療センター建設負担金 150 万円

小郡三井医師会小郡部会

入会金 20 万円

福岡県医師会

福岡県医師会入会金 10 万円

福岡県医師会互助会入会金 5 千円

福岡県医師信用組合 1 口 1 千円より

入 会 申 込 書

平成 年 月 日

小郡三井医師会長 殿

この度、小郡三井医師会への入会を希望いたしますので、宜しく願い申し上げます。

医療機関名： _____

(保健所届出(予定)の正式名称をお願いします。)

開設場所： _____

開設(予定)年月日： _____

診療科目： _____

(保健所届出(予定)の診療科目をご記入ください。)

開設者の住所 _____

電話番号 _____

開設者の氏名 _____ 印

お 尋 ね 書

当医師会に入会ご希望の先生に対して、下記の事をお尋ね致します。宜しくご回答願います。

平成 年 月 日

開設者氏名		開設者住所			
医療機関名		開設場所			
開設年月日（予定） 平成 年 月 日		病床数 床		診療科目	
医師数	常勤	非常勤	看護婦数	正看護婦	准看護婦
	名	名		名	名
診療日			診療時間		
○ 開設場所を選定された理由 ○ 開業の意図 ○ 開設の構想および開設後の診療の構想 ○ 隣接地の既設医療機関との合意は取れておられますか					

ご回答ありがとうございました。 小郡三井医師会

履 歴 書

年 月 日現在

ふりがな	* 男・女	写真を貼る位置 1.縦 36～40 mm 横 24～30 mm 2.本人単身胸から上 3.裏面のりつけ
氏名	印	
* 大正・昭和 年 月 日生 (満 才)	本籍	* 都道府県
ふりがな		連絡先電話番号
現住所 (〒 -)		市外局番() -

年	月	学歴・職歴(医学部卒業から記載して下さい 勤務歴もお願いします)

記入注意 1. * 印のところは○で囲む 2.鉛筆以外の青または黒の筆記具で記入

年	月	公 役 職 歴

家 族	氏名	続柄	生年月日

専門医・認定医

医師免許証	取得年月日	番号
-------	-------	----

保険医登録	記号番号
-------	------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など
