福島県医師会確認事項

お願い

　当会の会費は、賦課徴収規定により期割りとし、また、勤務医の先生にあっては、職務により賦課しております。

　つきましては、お手数でも下記事項についてご記入をお願い申し上げます。

一般社団法人　福島県医師会

記

１、主な職歴（現職勤務先については、役職名をご記入願います）

（必須）

|  |  |
| --- | --- |
| 期間 | 勤務先 |
| 年 　月～　　　　年 　月 | （役職：　　　） |

（任意）

|  |  |
| --- | --- |
| 年 　月～　　　　年 　月 |  |
| 年 　月～　　　　年 　月 |  |

２、県医師会会費の負担について（該当を○で囲んで下さい。）

　　１、個人で負担する。　　　２、医療機関で負担する。

令和　　年　　月　　日

一般社団法人　福島県医師会

会　長　様

住所

医療機関名

医籍登録番号

氏名

* 福島県医師会より会員向け通知をメールにて受け取る場合

メールアドレス：　　　　　　　　　　　　　　＠