

【日本医師会 入会申込書】 記入上の注意

1. 入会申込書は、日本医師会への新規入会や、「郡市区・その他の医師会」を変更した場合にご提出ください。ただし、同一の郡市区・その他の医師会内で施設を異動した場合は、異動報告書をご提出ください。
2. 入会申込書は、4枚複写（日本医師会用、都道府県医師会用、郡市区・その他の医師会用、本人控）です。ボールペンを使用してはっきりと記入してください。
3. 捺印は、1・2・3枚目（合計3箇所）をお願いいたします。
4. 本人控（4枚目）は、退会時まで大切に保管してください。
5. 入会申込書の記入内容に変更が生じた場合は、異動報告書をご提出ください。
6. 記入いただいた個人情報の利用目的は、ホームページ等によりご確認ください。
7. 入会申込書は郡市区・その他の医師会及び都道府県医師会を経由し、本会に送られます。

「1.入会区分」は、あてはまる番号を○で囲んでください。

1. 初めて日本医師会へ入会する方です。
2. 医師会の異動、留学などによる再入会の方です。期間があいていても、以前日医に入会したことがある方も含まれます。
3. 複数の施設で従事している方で2箇所目以降の入会の方です。

「6.会員」の「日医」は、あてはまる欄を○で囲んでください。

- A①：病院・診療所の開設者、管理者およびそれに準ずる会員
 A②(B)：上記A①会員およびA②会員(C)以外の会員
 A②(C)：医師法に基づく研修医
 B：上記A②会員(B)のうち日本医師会医師賠償責任保険加入の除外を申請した会員
 C：上記A②会員(C)のうち日本医師会医師賠償責任保険加入の除外を申請した会員

「12.開設主体」は、所属する施設の開設主体を下記の表から選び、番号を記入してください。

国立	01	国	省庁、国立大学法人、独立行政法人およびその他の国の機関が開設するもの
公 医 療 機 関	02	都道府県	都道府県および都道府県一部事務組合が開設するもの
	03	市町村	市町村、市町村一部事務組合が開設するもの
	04	日 赤	日本赤十字社が開設するもの
	05	済 生 会	社会福祉法人恩賜財団済生会が開設するもの
	06	その他	北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会などが開設するもの
	社会保険関係団体	07	社会保険関係団体
法 人	08	公益法人	公益社団法人又は公益財団法人が開設するもの
	09	医療法人	医療法第39条の規定に基づく法人（一人医師医療法人を除く）が開設するもの
	10	一人医師医療法人	医療法第39条の規定に基づく法人の内、医師が常時一人又は二人勤務する診療所が開設するもの
	11	学校法人	私立学校法第3条の規定に基づく法人が開設するもの
	12	会 社	会社が開設するもの（会社の健康保険組合が開設するものを除く）
個 人	13	その他	一般社団法人又は一般財団法人、済生会を除く社会福祉法人、医療（保健）生活協同組合、宗教法人等が開設するもの
	14	個 人	個人が開設するもの
	15	その他	上記のいずれにも該当しない（保健、医療、福祉関係以外の場合）
その他	99	無	無職の方

「13.施設・業務」は、所属する施設と業務の種類を下記の表から選び、番号を記入してください。

診 療 所	11	開設者または法人（一人医師医療法人を含む）の代表者で管理者を兼ねる医師
	12	開設者または法人（一人医師医療法人を含む）の代表者で管理者を兼ねない医師
	13	勤務する者で管理者の医師
	14	11～13以外で勤務する医師
病 院 (除く 医 育 機 関 附 属 病 院)	21	開設者または法人の代表者で管理者を兼ねる医師
	22	開設者または法人の代表者で管理者を兼ねない医師
	23	勤務する者で管理者の医師
	24	21～23以外で勤務する医師
医 育 機 関 附 属 病 院	31	法人の代表者で管理者を兼ねる医師
	32	法人の代表者で管理者を兼ねない医師
	33	勤務する者で管理者の医師
	34	31～33以外で臨床系医師（医員、臨床研修医、臨床系の大学院生）
介 護 老 人 保 健 施 設	41	開設者または法人の代表者で管理者を兼ねる医師
	42	開設者または法人の代表者で管理者を兼ねない医師
	43	勤務する者で管理者の医師
	44	41～43以外で勤務する医師
衛 生 行 政 機 関	54	国、県、市、保健所等の衛生行政機関に勤務する医師
	64	市町村保健センター、支払基金、血液センター、会社等の保健衛生施設に勤務する医師
研 究 施 設	74	研究施設に勤務する医師（会社立を含む）および医育機関に勤務する31～34以外の医師
介 護 老 人 福 祉 施 設	84	開設者または勤務する医師
そ の 他 の 施 設	88	上記のいずれにも該当しない施設に従事する医師
無	99	無職の方

記 入 例

入会申込書

日本医師会用

入会年月日（医師会使用欄）
平成 29 年 4 月 1 日

日本医師会

入会する医師会
東京 都道府県医師会 ○○ 郡市区医師会・その他の医師会

(医師会使用欄)

※「記入上の注意」にそって、かならずご本人が記入してください。数字は右詰で記入してください。

1. 入会区分 1 2 3 異動前の医師会（入会区分で2に○した方）

2. 医籍登録番号 第 999999 号

3. 氏 名 フリガナ = 41 909 (姓) 日医 (名) 太郎 (印) 都道府県 東京都 郡市区 その他

4. 生年月日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 5. 9 年 7 月 20 日 5. 性別 1. 男 2. 女

7. 所属施設名（正式名称） フリガナ リョウ ノウジン シヤダン = 41ガ = 41 シリョウシヨ 医療法人社団日医会 日医診療所

8. 施設所在地 TEL 03 (3946) 2121 FAX 03 (3946) 6295 113-8621 東京都 文京区本駒込 2-28-16

9. 自宅現住所 TEL 03 (3942) 6482 FAX 03 (3942) 6482 113-8621 東京都 文京区本駒込 2-28-16

10. 文書送付先 施設所在地 自宅現住所

11. 電子メールアドレス t.nichii@po.med.or.jp

6. 会員 日医 A① A②(B) A②(C) B C

12. 開設主体 10

13. 施設・業務 11

14. 病床の有無 1. 有 2. 無 有床の場合 許可病床数 19 床

15. 併設の施設 介護保険施設 その他 ()

16. 診療科名 主たる科名 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ 0 1 13

17. 出身校 ○○ 大学 医学部

18. 卒業年月 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 20 年 3 月

19. 医籍登録日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 20 年 5 月 11 日

20. 学位取得 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 年 月

21. 所属学会 ① ② ③ ④ 017018

22. 指定医 保険医 母体保護法 精神保健 その他