

福岡県歯科保険医協会入会申込書

(本会の目的)

本会は国民の歯科医療の充実と向上をはかると共に保険医の生活を守り、保険医の権利を獲得することを目的とする。

貴協会の趣旨ならびに協会規則に賛同し、入会いたします。

記入日： 年 月 日

フリガナ		性 別	生 年 月 日
氏 名		男・女	年 月 日 (歳)
区 分	☐ 開業医 ☐ 勤務医 年 月 より 開業/勤務		
医 院 住 所	〒 ー		TEL () ー
			FAX () ー
医 院 名			E-mail
標榜科目	☐ 一般歯科 ☐ 小児歯科 ☐ 矯正歯科 ☐ 歯科口腔外科		
経営形態	☐ 一般開業医 ☐ 一人医療法人 ☐ 医療法人		
自 宅 住 所	〒 ー		TEL () ー
			資料 送付先 ☐ 診療所 ☐ 自宅
出 身 校	大学 年卒 (期卒)		
入会動機	☐ 自主入会 ☐ 共済 ☐ 研究会・講習会 ☐ その他 () ☐ 紹介 ※紹介者をご記入ください。紹介者と新入会員へ薄謝進呈いたします。 紹介者氏名 ()		

[入会手続き] 入会申込書、口座振替依頼書に必要事項をご記入、ご捺印下さい。

[入会金] 3,000円

[会費月額] 一般会員 5,000円

減額会員 2,500円（満75歳以上 共済加入、月刊保団連、
全国保険医新聞、協会機関紙の送付のみ）

家族会員 3,800円（別紙「家族会員申請書」をご提出下さい）

※会費は、3ヵ月毎に先生のご指定口座より自動引き落しいたします。引き去りは、2月（1～3月分）・5月（4～6月分）・8月（7～9月分）11月（10～12月分）の25日です。尚、別紙の協会規則・個人情報保護の取り扱いをご理解の上、入会手続きをお願いいたします。

年 月 日

福岡県歯科保険医協会会費
口 座 振 替 依 頼 書

福 岡 銀 行
西日本シティ銀行

支店 御中

(いずれかの銀行名に○を付け、支店名をご記入下さい)

住 所
依頼人
氏 名 _____ ㊞

(銀行取引使用印)

福岡県歯科保険医協会会費を銀行口座で払うことといたしますので、下記により
依頼致します。

記

- 1.福岡県歯科保険医協会に支払うべき私の会費について、私に通知しないで所定の
期日までに、末尾記載の指定預金口座から歯科保険医協会所定の金額を払い出し、
福岡県歯科保険医協会口座に振り込んで下さい。
- 2.前記 1.については、当座勘定規定又は預金規定にかかわらず、小切手又は普通
預金請求書は、いっさいこれを省略して下さい。
- 3.預金口座の残高が所定期日までに必要金額に満たないときは、その旨を歯科保険
医協会に連絡されても異議ありません。
- 4.この取扱いについて仮に紛議が生じても貴行に迷惑をかけません。

指定預金 口 座	預 金 科 目	口 座 番 号	氏 名
	当座・普通		(フリガナ)

※ なお、会費改定の際は福岡県歯科保険医協会の通告にもとづき、所定の会費額を私に通知
することなく払出されても異議ありません。

注 1.該当銀行を○で囲んで下さい。
注 2.会費は3ヵ月ごとに2月・5月・8月・11月の25日に自動引き落としとなります。