|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会長 | 副会長 | 常任理事 | 局長 | 次長 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 主任 | 係 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 入会時 | 1年目 ・ 2年目 |

横浜市医師会長　殿

横浜市医師会　臨床研修医入会届

私は、今般横浜市医師会に入会を申し込みます。

尚、入会の上会員として定款及び決議を厳守し、会の秩序を乱さないことを

誓約いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **入会年月日： 　　 年　　月　　日** | | | ※入会年月日の月より  会費が発生致します。 |
| 氏　　名 | | | 医師賠償責任保険 |
| ㊞ | | | 加入 　・ 　非加入  (保険料発生)　 (保険料無) |
| 臨床研修施設名称 | |  | |
| 2年目以降の研修先及び研修期間　(現時点で確定している場合にご記入ください) | | | |
| ① | 研修期間：　　　年　 月 ～ 　　年　 月  臨床研修施設： | | |
| ② | 研修期間：　　　年　 月 ～ 　　年　 月  臨床研修施設： | | |

上記臨床研修医の横浜市医師会への入会を承諾致します。

年　　月　　日

病院長　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞