|  |
| --- |
| 年　　　月　　　日　　神 奈 川 県 医 師 会 長　 殿　神奈川県医師会医師賠償責任保険契約に必要な下記の個人情報については神奈川県医師会に使用を一任いたします。記　医師賠償責任保険の保険契約に必要な項目①会員氏名　　②医療機関名　　③所在地　　④県医会員種別⑤所属医師会　　⑥医師会ｺｰﾄﾞ　　⑦機関ｺｰﾄﾞ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（以上7項目）所属医師会名ご　住　所 ご　芳　名 ㊞ |