|  |
| --- |
| 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 ㊞ |