入会を希望する方へ

2019年8月改訂

はじめに

医師会の組織は、日本医師会の傘下に東京都医師会があり、東京都医師会の地区医師会として武蔵野市医師会があります。従って日本医師会及び東京都医師会に入会していただくためには、武蔵野市医師会の会員であることが前提となります。そして、武蔵野市医師会員になるためには、以下の入会資格を満たし理事会の承認を得ることが必要です。

入会資格

武蔵野市に住所又は就業の場所を有する医師で、本会の設立趣旨(目的)に 賛同し事業に協力する誓約をした者。

入会手続

- 1. 入会希望者は、総務担当の副会長及び理事と面談していただきます。 事前にご提出していただくものは別紙をご参照ください。
- 2. 入会申込書等一式の書類を受付けると理事会にはかり、理事会は入会の諾否を決定します。
 - (注)(1)理事会は原則として月2回開催されます。
 - (2) 理事会で必要と認めるときは、その他の書類の提出をしていただきます。
 - (3) 入会の諾否が決まると、文書でその旨を通知します。
 - (4)推薦状のないものは保留として、入会申し込み後3ヶ月以上の経過を見させていただき、理事会で再協議します。

入会申し込みについて

*面談前にご提出していただく書類

- ①入会申込書(別紙 本会規程)
- ②履歴書 (別紙 医師会指定のものに自筆 写真2枚)
- ③医師免許証 (面接の際、原本を確認させていただきコピーをお取りします。)
- ④初期研修修了証の写し (H17年(2005年)卒業以降)
- ⑤推薦状(但し、推薦者は4年以上の実績を有するA会員であること)
- ⑥誓約書 (A 会員のみ)
- ①~⑥の書類をご提出ください。面談後理事会にかけられます。

理事会で承認されましたらこちらからお知らせいたしますので、入会金・会費 等をお支払いいただきます。入会金の納入完了をもって入会確定となります。

一般社団法人武蔵野市医師会長

殿 住所

氏名(自署)

ED

	入会申记	込書		
ふりがな	男	生年月日		
氏名	女	年	月	日生
本籍地				
現住所				
医療機関所在地				
名称		TEL		
		FAX		
開設者氏名				
管理者氏名				
診療科目				
診療時間				
出身校				
医籍登録年月日				
学位名 取得校		年月	芰	
医師会記入欄				

- 注 1. 管理者氏名は開設者と違うとき記入のこと
 - 2. 診療科目、診療時間は開設者(管理者)のときは、 その医療機関の全診療科目、診療時間で勤務医のときはその者のみとする

履歴書

					西暦	年	月	日現在	[
ふりがな 氏 名										写真を 1. 縦 36~ 横 24~ 2. 本人単身 3. 裏面にの 4. 裏面に氏	0 mm 胸から上 りりづけ
生年月日	西暦	年	月	日生	(満	歳)	男	· 女		2 жил -	
ふりがな									電話	; ()
現住所〒										_	
									FAX	()
携帯電話番号					E-MAII						

西暦	月	学歴・職歴(各項目別にまとめて書く)

記入上の注意 1:数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書く。

2:鉛筆以外の青または黒の筆記用

身 上 書

ふりがな	
氏 名	
ふりがな	
現住所〒	
携帯電話番号	E-MAIL

西暦	月	免許・資格

特技・趣味			

	家族氏名	続柄	生年月日
家族構成			• •
			• •
			• •
			• •
			•

医師会記入欄

一般社団法人 武蔵野市医師会 会長 中嶋 伸 殿

推薦状

入会希望者氏名:

推薦理由:

推薦者医療機関名

推薦者氏名

(自署)

A