

異 動 報 告 書

- ※ 住所等の変更があった場合は、必ずこの異動報告書をご提出ください。
- ※ 医師会員の先生方は、各所属の郡市医師会または鹿児島大学医学部医師会事務局へご連絡ください。
各団体で個人情報を管理していることから、それぞれで変更等の手続きをする必要がありますので、
お手数をおかけしますが、宜しくお願い申し上げます。

鹿児島県勤務医師生活協同組合 御中

医籍登録番号	第	号	記入日	令和	年	月	日
氏 名	ふりがな		印	年齢	生年月日		
					昭和	.	.
異動事由 (いずれかに○を ご記入下さい)	1	自宅現住所の変更					
	2	勤務先(出向先)の変更					
	3	氏名の変更(旧姓名:)					
	4	メールアドレスの変更					
	5	ドクターズカード紛失による、カード再発行依頼					
	6	その他(県外転出等)					
自宅現住所	(〒)						
	県						
	TEL	()	FAX	()			
メールアドレス ()							
勤 務 先 医療機関名	☐ 出向 出向の場合は ☒ をお願いします。						
医療機関 住 所	(〒)						
	TEL	()	FAX	()			
所属医師会							
医師会への 連絡の有無	☐ 連絡済 ☐ これから連絡する ☐ 所属医師会が分からない ☐ 医師会未所属						
備考欄							

組合使用欄	組合員番号		(係印)	(受付印)
	山形屋への連絡	令和 年 月 日		
	備考			

お問い合わせ・郵送先 ⇒

※勤務医ホームページ

鹿児島県勤務医師生活協同組合 (鹿児島県医師協同組合内)
 〒890-0053 鹿児島市中央町8-1(鹿児島県医師会館1階)
 TEL 099-254-8126 Fax 099-257-1816 E-mail seikyo@kagoshima.med.or.jp

【個人情報のお取扱い】

当組合は、本申込書に関する個人情報を、組合事業を目的とした業務に利用し、その他業務上必要とする範囲で業務委託先、金融機関へ提供を行い、またこれらのものから提供を受けることがあります。