

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武蔵野市医師会 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。

令和 年 月 日

一般社団法人武蔵野市医師会長

殿

住所
氏名
(自署)

印

入会申込書		
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	年度
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

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

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

医師会記入欄

令和 年 月 日

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)

印

誓約書

この度武蔵野市医師会に入会しました上は、委員会活動を含む武蔵野市医師会の行う事業に協力し、会員としての誇りを持ち、定款を遵守することを約束いたします。

令和 年 月 日

住 所

氏 名
(自 署)