

登録内容変更届

自治医科大学医学部同窓会・白亜社
 TEL: 0285-44-0219/0285-58-7437
 FAX: 0285-40-6298
 E-mail: hakua@jichi.ac.jp
 営業時間: 平日9:00~17:00

- ご登録内容に変更がある場合は、下記に変更項目をご記入の上、電話・メール・FAXのいずれかでご連絡下さい。
- 「*」がついている項目は必ずご記入下さい。

*フリガナ		フリガナ		*出身都道府県	*卒業期
*お名前		旧姓 旧名			期
ご勤務先	名称			診療科	
	〒				
	連絡先 (電話番号)			異動日	年 月 日付
ご自宅	〒				
	連絡先 (電話番号)			転居	<input type="checkbox"/> 転居済み <input type="checkbox"/> 年 月 日転居予定
	送付先	※どちらかに✓を付けて下さい。 同窓会開催のご案内・同窓会報などを送付致します。			<input type="checkbox"/> ご勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅

- 同窓会の団体保険(医師賠償責任保険、所得補償など)についてご記入下さい。
- 当てはまる方に✓を付け、矢印の方へ進んで下さい。

<p>《同窓会の団体保険 ご加入の方》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ご登録の住所、電話番号に変更はございますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → お手続きは不要です。 ↓ ・下記いずれかの方法でお手続き下さい。(ご連絡先等は本紙右上をご覧ください) <input type="checkbox"/> お電話 : 加入者ご本人が、営業時間内にお電話でご連絡下さい。 <input type="checkbox"/> メール : 本紙または住所・電話番号・転居予定日をメールでお送り下さい。 お手続き書類をPDFでお送りしますので、ご案内の通りご返信下さい。 ※メールアドレス未登録の場合、お送り頂いたアドレスを登録させて頂きます。 <input type="checkbox"/> 書面 : 本紙または住所・電話番号・転居予定日と送付先をメールまたはFAXでお送り下さい。お手続き書類を郵送致しますので、ご署名の上ご返送下さい。 お手続き書類の送付先をお選び下さい。 <input type="checkbox"/> 上記勤務先 <input type="checkbox"/> 上記自宅 <input type="checkbox"/> その他(下の欄に送付先をご記入下さい) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> ※送付先「その他」を選択した片は、こちらに送付先をご記入下さい。 〒 </div>	<p>《同窓会の団体保険 未加入の方》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同窓会のHPIに団体保険のご案内を掲載しておりますので、ぜひご覧下さい。 https://www.jichi.ac.jp/DOUSOU/index.html 白亜社のご案内→2.→●医師総合補償制度の詳細～ ・パンフレット等の送付をご希望の場合 ご興味のある保険をお選び下さい。 <input type="checkbox"/> 医師賠償責任保険(勤務医向け) <input type="checkbox"/> 診療所賠償責任保険(開業医向け) <input type="checkbox"/> 産業医等活動保険 <input type="checkbox"/> 傷害補償(傷害・個賠・携行品・弁護士) <input type="checkbox"/> 所得補償/団体長期障害所得補償 <input type="checkbox"/> 医療補償 <input type="checkbox"/> がん補償 <input type="checkbox"/> 介護補償 ↓ 送付先をお選び下さい。 <input type="checkbox"/> 上記勤務先 <input type="checkbox"/> 上記自宅 <input type="checkbox"/> その他(左の欄に送付先をご記入下さい)
---	---

《備考》