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	□ 転居済 □ 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。			□ ご勤務先	□ 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。

≪同窓会の団体保険 ご加入の方≫

・ご登録の住所、電話番号に変更はございますか？

□ はい → ・お手続きが必要です。お手続方法をお選び下さい。

□ 電話します
※数日中にご連絡のない場合、弊社からご連絡またはお手続書類をお送り致します。

□ 電話して下さい （ご希望の時間帯等： ）
※営業時間内、お手続はご加入者本人に限ります。

□ お手続書類を下記に送付して下さい
□ 上記勤務先 □ 上記自宅
□ その他（下の欄に送付先をご記入下さい。）
※お手続書類を作成する必要がありますので、必ず新しいご住所をご記入下さい。
上記ご自宅以外のご住所を登録希望の場合は、備考欄にご記入下さい。

※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。
〒

□ いいえ → お手続きは不要です。

≪同窓会の団体保険 ご加入の方≫

・パンフレット・申込一式の送付をご希望ですか？

□ はい → ・ご興味のある保険をお選び下さい。
□ 医師賠償責任保険（勤務医向け）
□ 診療所賠償責任保険（ 開業医向け）
□ 産業医等活動保険
□ 傷害補償（傷害・個賠・携行品・弁護士）
□ 所得補償／団体長期障害所得補償
□ 医療補償
□ がん補償
□ 介護補償

・送付先をお選び下さい。
□ 上記勤務先 □ 上記自宅
□ その他（左の欄に送付先をご記入下さい。）

□ いいえ

≪備考≫