

記入日： 年 月 日

一般社団法人 日本美容医療リスクマネジメント協会 宛

「医師 異動届」

下記の通り、「美容医療・医師賠償補償制度」の医師変更について異動届を提出します。

会員番号：	異動日： 年 月 日
-------	------------

(記入日以降の日付をご記入ください)

現在の 加入申込者	法人名 または 屋号
	肩書・代表者名 または 個人事業主名
現在の 被保険者	施設名
	施設の開設者（責任者）名

変更項目	登録医師名		変更項目	登録医師名	
<input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 追加	フリガナ		<input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 追加	フリガナ	
	お名前			お名前	
<input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 追加	フリガナ		<input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 追加	フリガナ	
	お名前			お名前	
<input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 追加	フリガナ		<input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 追加	フリガナ	
	お名前			お名前	
<input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 追加	フリガナ		<input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 追加	フリガナ	
	お名前			お名前	
<input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 追加	フリガナ		<input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 追加	フリガナ	
	お名前			お名前	
<input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 追加	フリガナ		<input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 追加	フリガナ	
	お名前			お名前	
<input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 追加	フリガナ		<input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 追加	フリガナ	
	お名前			お名前	

★ご提出について

本紙『医師 異動届』は協会宛 [メール送信] または [FAX送信]をお願いいたします。

※メールやFAX送信ができない場合はご郵送をお願いいたします。

【ご連絡先】

一般社団法人 日本美容医療リスクマネジメント協会
〒102-0083 東京都千代田区麹町1-6-6 プルミエ麹町ビル7F
TEL：03-6380-4771
FAX：03-6893-6500
E-mail：jamla@biyoukyosai.jp

*当協会は個人情報を取り扱うにあたりその利用目的を協会事業に限定します。
ご本人の同意なく同利用目的の達成に必要な範囲を超えて取扱うことはありません。
詳しくはHPの「個人情報保護方針について」をご覧ください。

20230701 (Ver1.0)