

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

総合補償制度 「医師 異動届」

下記のとおり、「総合補償制度」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（個人事業主の場合） 肩書・代表者名 個人名（個人事業主の場合）
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

ご連絡先ならびに郵送先

〒102-0082 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

一般社団法人 日本美容医療リスクマネジメント協会

*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り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。

20201201(Ver1.1)