

申込日： 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

会員番号：

対象医師一覧

フリガナ	
施設名	
フリガナ	
施設の開設者名	
フリガナ	
事務担当者名	

「美容医療に従事する医師数」： 名

<ご注意> 上記の人数は、美容医療の施術を担当する医師の合計人数をご記入願います。
別途ご提出していただく「加入依頼書」の合計人数と同一です。

美容医療に従事する医師名を下記にご記入願います。

NO.	補償の対象とする医師名	NO.	補償の対象とする医師名	
1	フリガナ	11	フリガナ	
	お名前		お名前	
2	フリガナ	12	フリガナ	
	お名前		お名前	
3	フリガナ	13	フリガナ	
	お名前		お名前	
4	フリガナ	14	フリガナ	
	お名前		お名前	
5	フリガナ	15	フリガナ	
	お名前		お名前	
6	フリガナ	16	フリガナ	
	お名前		お名前	
7	フリガナ	17	フリガナ	
	お名前		お名前	
8	フリガナ	18	フリガナ	
	お名前		お名前	
9	フリガナ	19	フリガナ	
	お名前		お名前	
10	フリガナ	20	フリガナ	
	お名前		お名前	

* 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。