

《ANA Doctor on board登録申請用紙》

☐ 登録 ☐ 削除 ※いずれかを選択してください。	
登録ご本人様情報	
お名前	フリガナ ----- 性別 1 男 2 女
ANAマイレージクラブ お客様番号数字10桁 (必ずご記入ください。)	ANAマイレージクラブへのご入会が必要です。 ANAマイレージクラブ未入会のお客様は、下記URLより入会手続きを行ってください。 http://www.ana.co.jp/amc/welcome/
医籍登録番号(右詰)	-----
ご住所	フリガナ 〒 - 都 道 府 県
	フリガナ ----- ※登録完了のご連絡は、登録ご本人様宛に、本用紙に記載の住所へ郵送にてお知らせいたします。
電話番号	----- (自宅・会社・携帯) ※日中にご連絡がとれる電話番号を記入してください。
専門科	いずれか1つを 選択してください。 ☐ 麻酔科医 ☐ 産婦人科医 ☐ 一般開業医 ☐ 内科医/心臓専門医 ☐ 神経科医/精神科医 ☐ その他

～ 郵送される前に、再度、書類をご確認ください。(□ をチェック) ～

- ☐ ANA Doctor on board登録申請用紙 (本紙)
☐ 医師免許証のコピー (お名前と医籍登録番号が分かるようコピーをしてください。)
☐ ご本人を証明できる顔写真付きの公的な身分証明書のコピー (運転免許証・パスポート)

※①お名前 ②顔写真 ③現住所の3点が分かるようコピーをしてください。

⚠ マイナンバーは使用しないでください。

お客様からお預かりした個人情報にはANA Doctor on boardでのみ使用させていただきます。

- ※ 登録完了後は1年に1度、医籍登録番号の有効性を確認させていただきます。
 ※ ご送付いただいた書類は返却いたしません。ANA Doctor on board登録事務局にて、責任をもって
 破棄させていただきます。
 ※ ANAは、お客様からお預かりした個人情報を大切なものであると考え、その取扱いについては細心
 の注意をはらっております。
 ※ ANAの個人情報の取扱いについては、ANAプライバシーポリシーに記載しています。
 ※ 詳しくは、ANA SKY WEB(www.ana.co.jp)「プライバシーポリシー」をご参照ください。