

平成 年 月 日

滋賀県医師協同組合
理事長 浅野 定弘 殿

〒
住 所 _____
法人名 _____
代表者名 _____ 法人印 _____
医院住所 _____
TEL _____ FAX _____

法人組合加入申込書

このたび貴組合の定款に基づき、組合に加入したいので申し込みます。

記

1 法人組合加入

- (1) 加入を希望する病院（医院）名 _____
(2) 病院（医院）の概要

法人開業年月日	昭平 年 月 日	法人設立年月日	昭平 年 月 日
診 療 科	科	病 床 数	床
医 師 数	人	職 員 数	人

- (3) 出資口数 _____ 口 ※証券番号 _____ 番

上記の法人は、滋賀県医師協同組合の組合員として適当と認めます。

医師会長 印

地区理事 印

個人情報取扱いについて

ご記入頂いた個人情報は厳密な管理の上、目的以外の使用は致しません。詳しくは当組合ホームページ、又は機関誌をご覧ください。