

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印 _____

電 話 (自宅) _____ () _____

F A X (自宅) _____ () _____

組 合 加 入 申 込 書

このたび、貴組合の定款に基づき下記のとおり加入を申し込みます。

記

1. 出資口数 _____ 口 _____ 円 ※証券番号 _____ 番

2. 取引銀行 _____ 銀行 本店 _____ 支店 口座番号 普通・当座 _____

生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日生	経 歴
出 身 校 名		年 月 日 → 年 月 日
卒 業 年 月	昭和・平成 年 月卒業	勤務先
医 籍 登 録 番 号	第 _____ 号	年 月 日 → 年 月 日
開 業 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	勤務先
診 療 科 目	科 科 科 無床 有床 科 科 床	年 月 日 → 年 月 日 勤務先
病 院 又 は 診 療 所 の 所 在 地	〒 _____ 市・郡	年 月 日 → 年 月 日 勤務先
病 院 ・ 診 療 所 名		年 月 日 → 年 月 日
電 話 番 号 (診療所)	() _____	勤務先
F A X (診療所)	() _____	年 月 日 → 現 在 に 至 る
県 医 師 会 加 入 年 月	昭和・平成 年 月加入	

先生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 担 当 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。