

平成 年 月 日

滋賀県医師協同組合  
理事長 浅野 定弘 殿

〒

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

診療所住所 \_\_\_\_\_

診療所名 \_\_\_\_\_

診療科目 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

## 組合員資格変更申請書

次の理由により、組合員資格の変更をしたいので申請します。

記

### 1 正組合員から賛助会員に変更

(理由)

ア 個人医院から医療法人に切替えたため

イ 医院等の経営者変更、事業の継承等による

ウ その他 ( )

協賛費 \_\_\_\_\_ 口 ※預り書番号 \_\_\_\_\_ 番

変更理由の該当欄に○印を付けて下さい。

上記、理由に相違ないものと認めます。

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。