

年 月 日

滋賀県医師協同組合
理事長 笠原 吉孝 殿

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印

電 話 (自宅) _____ () _____

FAX (自宅) _____ () _____

賛助会員加入申込書

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. 加入口数 1 口 10,000 円 ※協賛費番号 _____ 番
2. 取引銀行 _____ 本店 _____ 支店 口座番号 普通・当座 _____

生 年 月 日	年 月 日生	経 歴
出 身 校 名		年 月 日 → 年 月 日
卒 業 年 月	年 月卒業	勤務先
医籍登録番号	第 _____ 号	年 月 日 → 年 月 日
診 療 科 目	科 科	勤務先
	無床 有床	年 月 日 → 年 月 日
病院又は診療所の所在地	〒 _____ 市・郡	勤務先
病院・診療所名		年 月 日 → 年 月 日
電話番号 (勤務先)	() _____	勤務先
FAX (勤務先)	() _____	年 月 日 → 年 月 日
開 業 予 定	年 月頃予定	勤務先
県医師会加入年月	年 月加入	年 月 日 → 現在に至る

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。