

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

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

変更理由の該当欄に○印を付けて下さい。

(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 _____ 1 _____ 口 ※預り書番号 _____ 番

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。