

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  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
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 賛助会員から正組合員に変更

変更理由の該当欄に○印を付けて下さい。

(理由)

ア 開業したため

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 開 業

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 医師会加入

イ 医院等の経営者変更、事業の継承等による

ウ 法人から個人への変更のため

エ その他 ( \_\_\_\_\_ )

出資口数  1  口 ※証券番号 \_\_\_\_\_ 番

上記、理由に相違ないものと認めます。

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。