

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

年 月 日 開 業

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。