

一般社団法人全国医師厚生会入会申込書

令和 年 月 日

一般社団法人全国医師厚生会
会長 寺下浩彰 殿

一般社団法人全国医師厚生会定款の内容に賛同し、貴会の加入を申し込みます。

次の項目も必ずご記入下さい。

フリガナ							印	性別	男・女
氏名									
生年月日	大・昭・平	年	月	日	医籍番号				
フリガナ									
医療機関名									
医療機関住所	〒								
	TEL		FAX		e-mail				
自宅住所	〒								
	TEL								
連絡先	医療機関 自宅 その他(TEL)								

* 会員資格を喪失した場合、共済会事業の取扱いができなくなり、脱退手続きが必要となりますので予めご了承ください。

(事務局記入欄)

団体名	一般社団法人 全国医師厚生会	受付日	承認確認欄	会長	事務局長	取扱者
取扱ブロック名	中部医療協同組合連合会	受付日	承認確認欄	会長	事務局長	取扱者
取扱医師協名	名古屋市医師会協同組合	受付日	承認確認欄	理事長	事務局長	取扱者
事業所コード	2303	氏名コード				