

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	イ キョウ タ ロウ				<input checked="" type="checkbox"/>	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
氏名	医協太郎										
生年月日	大・昭・平	○○年	○○月	○○日	医籍番号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
フリガナ	メイキョウビョウイン										
医療機関名	名医協病院										
医療機関住所	〒461-0004 名古屋市東区葵 1-18-14										
	TEL	052-932-7832			FAX	052-933-1728		e-mail	meiikyou@meii.com		
自宅住所	〒461-0004 名古屋市東区葵 1-18-14										
	TEL	052-932-7832									
連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 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				