

一般社団法人日本医師休業共済会入会申込書

令和 ○年○○月○○日

一般社団法人日本医師休業共済会
会長 寺下 浩彰 殿

一般社団法人日本医師休業共済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				性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女				
氏名	医 協 太 郎									
生年月日	大 <input checked="" type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平	○○年 ○○月 ○○日	医籍番号	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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="radio"/> 医療機関 <input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 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	受付日	承認確認欄	会長	事務局長	取扱者
一般社団法人 日本医師休業共済会	・	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	・				
取扱医師協名 名古屋市医師会協同組合	・	承認確認欄	理事長	事務局長	取扱者
団体コード 2303	氏名コード				