

令和 年 月 日

名古屋市医師会協同組合
理事長 様

自宅住所	〒		
	TEL	FAX	
(フリガナ)			
氏名	印		
生年月日	年 月 日	性別	男・女
卒業年度	年 月	卒業大学	大学
開業年月日	年 月 日		
職歴	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		

加入申込書

このたび貴組合の定款を承認し、下記により貴組合員に加入致したく申し込みます。

記

(フリガナ)

1. 病院・診療所名

2. 医業を行う場所 〒

TEL

FAX

3. 診療科目

4. 常時使用する従業員数および資本総額 人 円

5. 医師免許番号

6. 医療機関番号

7. 引受けようとする出資口数及び金額 7口 ￥7,000

※ 当組合が加入申込書により取得した個人情報については、当組合の組合員管理及び当組合が提供する各種イベントやサービス、商品の情報提供の目的で利用させていただきます。