

一般社団法人 愛知医療共済会 入会申込書

記入日（西暦）

年 月 日

一般社団法人 愛知医療共済会
会長 山根 則夫 殿

一般社団法人愛知医療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					
氏名					
生年月日（西暦）	年	月	日	性別	男・女
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 愛知医療共済会	受付日	取扱者
取扱医師協名	愛知県勤務医師生活協同組合	受付日	取扱者