

令和 年 月 日

荏原医師協同組合

理事長 友寄広士 殿

住 所(自宅)

電話番号 (緊急連絡先)

診療施設の名称

電話番号

(ふりかな)

氏 名

印

生年月日

年 月 日

加入申込書 (原始加入)

このたび貴組合の定款を承認し下記により貴組合に加入いたしたく
申します。

記

1. 事業 (医院・クリニック) を行う場所(住所)

2. 事業の種類

3. 常時使用する従業員数

人

4. 引き受けようとする出資口数及び金額

口

(1口 1,000円)

円