

富山県医師協同組合 理事長 殿

氏名又は名称

印

※法人の場合は法人名及び代表者をご記入のうえ、法人印を押印下さい

加入申込書（原始加入用）

このたび、貴組合の定款を承認し下記により貴組合へ加入いたしたく申込いたします。

事業を行う住所	〒 -		
事業の種類	医療業	経営区分	個人・法人
常時使用する従業員数	人		
引き受けようとする出資口数及び金額	1口	1万円	

[個人の場合]

職業	<input type="checkbox"/> 医師		
性別	男・女	生年月日	年 月 日
所属郡市医師会		医師免許番号	
ご家族	お名前	続柄	生年月日
			年 月 日
			年 月 日

[法人の場合]

法人区分	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 医療を行う法人（ ）		
フリカゝナ 法人名称			
代表者名		生年月日	年 月 日
開設年月日	年 月 日	資本金又は出資金額	円

[組合使用欄]

払込年月日	令和 年 月 日	加入年月日	令和 年 月 日
承認理事会	令和 年度 第 回理事会にて加入承認		