

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

## 賛助会員加入申込書

このたび、貴組合の賛助会員規約を承認し下記により貴組合へ加入いたしたく申したいします。

自宅住所	〒 -		
電話番号	- -	F A X 番号	- -
携帯電話番号	- -		
メールアドレス			

## [個人の場合]

職業	<input type="checkbox"/> 医師		
勤務先医療機関			
性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
所属郡市医師会		医師免許番号	

## [法人の場合]

法人区分	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> その他法人 ( )		
フリカ、ナ 法人名称			
業種業態			
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		