

令和 年 月 日

青森県医師協同組合 理事長 殿

賛助会員入会申込書

この度、貴組合に入会したく、下記のとおり申し込みます。

勤務先所 住	〒 —			
	TEL () — / FAX () —			
勤務先	フリガナ			
入会者	フリガナ			
	氏名	印		
	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 (歳)	性別 男・女
	自宅	〒 —		
	TEL () — / FAX () —			
文書送付先	勤務先 ・ ご自宅 (いずれかに○を付けて下さい)			
診療科目				
入会申込数 口	□	入会申込額	円	

※1口 1,000円

<<事務局使用欄>>

申込受付	令和 年 月 日
入会承認	令和 年 月 日
入会金払込日	令和 年 月 日
入会番号	No.