

令和 年 月 日

青森県医師会協同組合 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 口数	口	入会 金額	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.