

平成 年 月 日

茨城県医師協同組合 理事長 殿

自宅住所

氏 名 印

相 続 に よ る 加 入 申 込 書

貴組合組合員 平成 年 月 日死亡し、私とその持分の全部を相続しましたので下記により関係書類を添えて加入を申し込みます。

記

被相続人 事業所の名称 _____

所 在 地 _____

電 話 番 号 () - _____

相 続 人 事業所の名称 _____

所 在 地 _____

電 話 番 号 () - _____

相続年月日 平成 年 月 日

茨城県医師会加入年月日 S・H 年 月 日