

医協使用欄

組合員 No

令和 年 月 日

茨城県医師協同組合理事長 殿

自宅住所		
氏名		印

茨城県医師協同組合加入申込書(原始加入)

この度、貴組合の定款を承認し下記により貴組合に加入いたしたく申込みます。

記

1. 事業所の名称	
所在地住所	〒
電話番号	
FAX 番号	
2. 事業の種類	医業(診療科目)
3. 常時使用する従業員及び資本総額	人 円 (資本総額は法人のみ記入)
4. 引受けようとする出資口数及び金額	口 円
5. 茨城県医師会入会年月日	昭和・平成・令和 年 月 日

委任状

茨城県医師協同組合理事長 殿

私は、上記のものを代理人と定め、下記の権限を委任する。

記

1. 茨城県医師協同組合出資金払込のため、現在茨城県医師会会費を納入している預金口座より控除する一切の件。

令和 年 月 日

住所

氏名

印