

賛助会員加入申込書

記入日 年 月 日

茨城県医師協同組合 理事長 殿

貴組合の趣旨に賛同し、貴組合の事業の円滑な実施に協力するため、貴組合の賛助会員規約の記載内容を承知の上、必要書類を添えて申し込みます。

記

氏名	
自宅住所	〒
連絡先電話番号	
勤務先名称	
勤務先所在地	〒
茨城県医師会 加入年月日	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日
郵送物送付先 (いずれかに○をしてください)	自宅 ・ 勤務先
メールアドレス	

メールニュース（商品のご紹介・キャンペーン情報等）の配信を

（ 希望する ・ 希望しない ）

(いずれかに○をしてください)

【個人情報の取り扱いについて】

記載いただいた個人情報は、厳重に管理するとともに、協同組合における利用目的以外では使用致しません。