

年 月 日

いわて医師協同組合理事長 殿

〒 ー
自宅住所

ふりがな
氏 名 ⑩

加入申込書(原始加入)

このたび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し込みます。

記

1 ^{ふりがな}事業所の名称 _____

〒 ー

所在地 _____

電話番号 (事業所) () ー

(自宅) () ー

FAX番号 (事業所) () ー

1 事業の種類 医業 (診療科)

1 常時使用する従業員数及び資本総額 人 円

1 引受けようとする出資口数及び金額 3口 30,000円

1 開業年月日 年 月 日

1 開業前の所属郡市医師会 _____ 医師会

1 岩手県医師会加入年月日 年 月 日
(B→A)

※ 組合員コード番号 _____

※ 廃棄物処理事業利用 有・無

※ 労働保険事務委託 年 月 日

※ 福利厚生事業加入 年 月 日