

組 合 員 コ ー ド	—
----------------	---

承 認 欄	担当者

年 月 日

いわて医師協同組合 理事長 殿

〒 —

住 所

組 合 員

氏 名

福利厚生事業 加入・脱退 届

下記の通りお届けします。

加入・脱退年月日		年 月 日		
フリガナ 氏 名	続 柄	性別	生 年 月 日	理 由
1			大 昭 年 月 日 平	
2			大 昭 年 月 日 平	
3			大 昭 年 月 日 平	
4			大 昭 年 月 日 平	
5			大 昭 年 月 日 平	