

記入例

一般社団法人 愛知医療共済会 入会申込書

記入日（西暦）	〇〇〇〇年 〇月 〇日
---------	-------------

一般社団法人 愛知医療共済会
 会長 山根 則夫 殿

一般社団法人愛知医療共済会定款の内容に賛同し、貴会の加入を申し込みます。

次の項目も必ずご記入下さい。

フリガナ	ナゴヤ タロウ			
氏名	名古屋 太郎			
生年月日（西暦）	〇〇〇〇年 〇月 〇日	性別	男・女	
フリガナ	ナゴヤシイシカイキョウドウクミアイ			
医療機関名	名古屋市医師会協同組合			
医療機関住所	〒461-0004 愛知県名古屋市東区葵 1-18-14			
	TEL	052-937-7832	FAX	052-933-1728
自宅住所	〒461-0004 愛知県名古屋市東区葵 1-18-14			
	TEL	052-937-7832		
連絡先	<input checked="" type="radio"/> 医療機関 <input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> その他(TEL)			

* 会員資格を喪失した場合、共済会事業の取扱いができなくなり、脱退手続が必要となりますので予めご了承ください。

(事務局記入欄)

団体名	一般社団法人 愛知医療共済会	受付日	取扱者
取扱医師協名	名古屋市医師会協同組合	受付日	取扱者