年　　月　　日

名古屋市医師会協同組合
理 事 長　　様

自 宅 住 所	〒 TEL　　FAX
E-mail	
(フリガナ)	
氏　　名	印
生 年 月 日	年　　月　　日　　性別　男 ・ 女
卒 業 年 度	年　　月　　卒業大学　　大学
開業年月日	年　　月　　日
職　　歴	年　月 ～　年　月： 年　月 ～　年　月： 年　月 ～　年　月： 年　月 ～　年　月： 年　月 ～　年　月：

加 入 申 込 書

このたび貴組合の定款を承認し、下記により貴組合員に加入致したく申し込みます。

記

（フリガナ）

1．病院・診療所名

〒

2．医業を行う場所

TEL　　FAX

3．診　療　科　目

4．常時使用する従業員数および資本総額
※法人加入時のみ記入　　人　　円

5．医 師 免 許 番 号　　6．医療機関番号

7．引受けようとする出資口数及び金額　　7口　　￥ 7,000

※　当組合が加入申込書により取得した個人情報については、当組合の組合員管理及び当組合が提供する各種イベントやサービス、商品の情報提供の目的で利用させていただきます。