

年 月 日

富山県医師協同組合 理事長 殿

申込者

印

※法人の場合は法人名をご記入下さい

富山県医師協同組合 賛助会員加入申込書

このたび、貴組合の賛助会員規約を承認し下記により貴組合へ加入いたしたく申込いたします。

住 所	〒 -		
電 話 番 号		F A X 番 号	
メールアドレス			

(個人の場合)

職 業	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他 ()		
勤 務 先			
性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日
携 帯 電 話 番 号		医 師 免 許 番 号	

(法人の場合)

法 人 区 分	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> その他法人 ()		
業 種 業 態			
代 表 者 名		生 年 月 日	年 月 日

賛助会員となる個人または法人が施設の開設者の場合は、裏面の所有施設欄をご記入ください。

《参考》富山県医師協同組合賛助会員規約抜粋

- | | |
|-----|---|
| 第2条 | 賛助会員の資格を有する者は、本組合の趣旨に賛同し、本組合の事業の円滑な実施に協力しようとする者とする。 |
| 第4条 | 賛助会員たる資格を有する者は、本組合の承諾を得て、加入するものとする。 |
| 第6条 | 賛助会員が脱退しようとするときは、あらかじめ本組合に届出て脱退するものとする。 |

(施設 1)

名 称			
住 所	〒 -		
電 話 番 号		F A X 番 号	
メールアドレス			

(施設 2)

名 称			
住 所	〒 -		
電 話 番 号		F A X 番 号	
メールアドレス			

(施設 3)

名 称			
住 所	〒 -		
電 話 番 号		F A X 番 号	
メールアドレス			

(施設 4)

名 称			
住 所	〒 -		
電 話 番 号		F A X 番 号	
メールアドレス			