

# 愛媛県医師協同組合加入申込書

年 月 日

愛媛県医師協同組合  
理事長 村上 博 殿

住 所 \_\_\_\_\_

病医院名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

この度、貴組合の定款を承認し、下記により加入いたしたく申込みいたします。

## 記

1. 事業を行う場所  
(病医院の住所) \_\_\_\_\_

1. 事業の種類 医 業

1. 常時使用する従業員数及び資本の額 \_\_\_\_\_ 人 \_\_\_\_\_ 円

1. 引受けようとする出資口数及び金額 \_\_\_\_\_ 1口 \_\_\_\_\_ 1,000 円