

平成 年 月 日

## 組合員加入申込書

大分市医師事業協同組合 御中

住 所 病 院  
自 宅

病 院 名 :

氏 名 :

生年月日 :

T E L :

F A X :

この度、大分市医師事業協同組合の定款に同意し、加入致したく申込致します。

記

出資申込金額 円

事業の種類 科

従業員数 名

以上