

令和 年 月 日

足立医師協同組合 理事長殿

## 加入申込書

貴組合に加入いたしたく、下記の通りお届けいたします。  
入会のご承認の程、お願い申し上げます。

記

フリガナ		医籍番号	
氏名		生年月日	年 月 日
病・院名			
診療科			
所在地	〒		
電話		FAX	
メールアドレス			
住所(自宅)			
電話		FAX	
出資額(注)	口数	口	金額 円

(注) 出資額は、1口5,000円で、2口(1万円)以上です。  
又、退会される時には出資金は返還いたします。

尚、出資金は下記のいずれかの銀行口座にお振込下さい。

みずほ銀行	足立支店	普通預金	0519766	足立医師協同組合
三井住友銀行	西新井支店	普通預金	6647460	足立医師協同組合