

平成 年 月 日

沖縄県医師協同組合
理事長 安里 哲好 殿

住 所
(住民票の住所をご記入下さい。)

氏 名 印

加入申込書 (原始加入)

このたび貴組合の設立趣旨に賛同し、下記により貴組合に加入いたしたく申し込みます。

記

1. 事業所名
(医療機関名) _____
2. 事業所の所在地
(医療機関の住所)

3. 事業所の連絡先
(電話およびFAX) TEL: _____
FAX: _____
4. 事業所の種類 医 療 業
5. 常時使用する従業員 _____ 人
6. 資本総額
(医療法人のみご記入下さい。) _____ 円
7. 引き受けようとする出資口数および金額 1口 10,000円
* (1名1口と限定されております。)