

令和 年 月 日

東京中央医師協同組合
理事長 榮田好一郎 殿

住所（事業所） _____

事業所名 _____

TEL No _____

E-mail _____

自宅住所 _____

代表者名 _____

生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

加入申込書

下記により貴組合に加入いたしたく申し込みます。

記

- 1、事業を行う場所 _____
- 2、事業の種類（診療科目） _____
- 3、常時使用する従業員数 _____
- 4、引き受けようとする出資口数及び金額 1 口 金 1,000 円
- 5、医籍番号 _____

*この用紙にご記入の上、メールか FAX で三村までお送り願います。

東京医師協同組合 事務長 三村 正史

TEL: 03-5524-8701

FAX: 03-5524-8702

携帯番号: 080-5023-2600

E-mail: t-chuo@kind.ocn.ne.jp