

法人事業者用

令和 年 月 日

福島県医師協同組合 理事長 様

事業所在地	〒
事業所名	
院長名	⑩
電話番号	( )
E - m a i l	@
送付先 (○を付してください)	事業所所在地 ・ 自宅 ・ その他 ( )

組合員加入申込書 (原始加入)

このたび、下記により貴組合に加入いたしたく申し込みます。

出 資 口 数	口	1口以上でご記入ください。
出 資 金	円	10,000円×出資口数の金額をご記入ください。

該当する項目に点チェックをお願いいたします。

<input type="checkbox"/>	資本の額又は出資の総額が5,000万円以下である。
<input type="checkbox"/>	常時使用する従業員の数が100名以下である。(*)

(\*) 常時使用する従業員の数とは社会保険加入者をいいます。

(当組合使用欄)

払込の年月日 年 月 日

組合員加入申込書・賛助会員申込書の区分表

区 分		加入の要件	申込書
法 人 事 業 者	組 合 員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人事業者であること</li> <li>・開設者は日医 A①会員であること</li> </ul>	法 人 事 業 者 様 用
個 人 事 業 者	組 合 員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個人事業者であること</li> <li>・院長は日医 A①会員であること</li> </ul>	個 人 事 業 者 様 用
上 記 以 外	賛 助 会 員	<p>次のいずれかに該当していること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・資本の額又は出資の総額が 5,000 万円を超え、且つ常時使用する従業員の数が 100 名を超える法人事業者である日医 A①会員</li> <li>・本組合の趣旨に賛同し、本組合の事業の円滑な実施に協力しようとする者</li> </ul>	賛 助 会 員 様 用

ご不明な際は、福島県医師協同組合（電話 024-572-7731）まで連絡してください。

《お問い合わせ・お申し込み先》

〒960-8036

福島市新町4-22

福島県医師会館内

福島県医師協同組合

TEL024-572-7731 / FAX024-572-7732