

賛助会員用

令和 年 月 日

福島県医師協同組合 理事長 様

住 所	〒
氏名又は名称	(印)
電 話 番 号	()
E - m a i l	@
送 付 先 (○を付してください)	勤務先 ・ 自宅 ・ その他 ()

賛助会員申込書

このたび、下記により貴組合に入会いたしたく申し込みます。

入 会 口 数	口	1口以上でご記入ください。
入 会 金	円	1,000円×入会口数の金額をご記入ください。
勤 務 先 所 在 地	〒	(申込者に同じ場合は記入不要)
勤 務 先 名 称		(申込者に同じ場合は記入不要)
勤 務 先 電 話 番 号	()	(申込者に同じ場合は記入不要)
業 種	医療業 ・ その他	該当する項目に○を付してください。

(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"> ・法人事業者であること ・開設者は日医 A①会員であること 	法 人 事 業 者 様 用
個 人 事 業 者	組 合 員	<ul style="list-style-type: none"> ・個人事業者であること ・院長は日医 A①会員であること 	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"> ・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 ・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 	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