

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

### 沖縄県医師協同組合賛助会員加入申込書

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. 出資口数および金額            1口    1,000円  
\* (1名1口と限定されております。)