

令和 年 月 日

沖縄県医師協同組合
理事長 田名 毅 殿

住 所

(住民票の住所をご記入ください)

氏 名

印

加入申込書 (原始加入)

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

TEL :

(電話およびFAX)

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

.....円

7. 引き受けようとする

1口 10,000円

.....

出資口数および金額

※1名1口と限定されております。

.....