

組 合 加 入 申 込 書

鹿児島県医師協同組合 御中

貴組合の定款を承認し下記の通り加入を申し込みます。

組 合 員 番 号									
						-	0	0	

※ 太枠の中をお書き下さい。

所属医師会	医 師 会		記入日	令和 年 月 日					
法人名及び 医療機関名 (正式名称)	フリガナ							法人印 (認印可) Ⓜ	
	代表者名								
医療機関住所	TEL	()			FAX	()			
	〒				-				
法人理事数	名 (うち鹿児島県医師会員 名)								
代表理事の種別	1. 医師 (医師会員)			2. 医師 (医師会員外)			3. 医師以外		
代表理事以外の理事の氏名									
従業員数	人								
代表者 自宅現住所	TEL	()			FAX	()			
	〒				-				
出資口数 (50口まで)				出資金額 (5万円まで)					円
※数字は右詰で記入して下さい。 ※銀行・預金にはレ印をご記入下さい。									
出 資 金 引去口座 (間違いのないよう ご記入下さい)	<input type="checkbox"/> 鹿児島銀行				支 店	預 金	口座番号		
	<input type="checkbox"/> 南日本銀行				出張所	<input type="checkbox"/> 普通			
	<input type="checkbox"/> 医師信用組合				代理店	<input type="checkbox"/> 当座			
フリガナ									
口座名義									

※ 組合 使用 欄 ※	令和 年 月 日 第 回理事会承認				仮登録日		令和 年 月 日			
	本登録日		令和 年 月 日		証券発送日		令和 年 月 日			
	出資証券番号				出資金 引去月		令和 年 月 引去り			受 付 日
	【通信欄】				事務長	検 印	受 付			