

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			
医療機関名 (正式名称)	フリガナ				印 (認印可) Ⓜ	
代表者名	フリガナ					
医療機関住所	TEL	()		FAX	()	
	〒			-		
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)			従業員数
	口			円		人
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	
	<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					

※銀行・預金にはレ印をご記入ください。※数字は右詰で記入してください。

※ 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			