

FAXにてご送信ください



0120-64-2227

広島県医師協同組合 御中

年 月 日

## 医師協組合員加入申込書送付依頼 (開業医)

このたび貴組合の定款を承認し、貴組合に加入したく加入申込書を送付してください。

### 記

住 所 〒

---

氏 名

---

医 院 名

---

生 年 月 日

---

電 話 番 号

---

※お申し込みいただいた個人情報は、医師協・広医(株)の個人情報保護方針に基づき、医師協・広医(株)及び紹介提携企業等それぞれの責任において管理させていただき、他の目的には一切使用しません。