

FAXにてご送信ください



082-261-6110

広島県医師協同組合 御中

平成 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。