

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

医師協賛助会員加入申込書送付依頼 (勤務医)

このたび貴組合の賛助会員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

勤 務 先

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。