

協同組合加入申込書



令和 年 月 日

蒲田医師協同組合
理事長 井出雅生 殿

診療所名

住 所

電話番号 FAX

氏 名 印

生 年 月 日 年 月 日

出 資 金 10 口 (1万 円)

従 業 員 数 名

※ 組合にご加入頂くと団体保険(割引)等の利点を得ることができます。
年会費は無く、退会時には出資金はお返し致します。

*お振込みは下記にお願い致します。

振込銀行 三井住友銀行 蒲田支店

口座 当座預金 番号 0227255

口座名義 蒲田医師協同組合