

# 組合加入申込書

京都府保健事業協同組合の趣旨に賛同し出資金を添えて加入を申し込みます。

出資金額  円  
1口3,000円 ※出資金は同封の振込用紙にてお振込下さい。

協同積立金  円  
1口5,000円 ※詳細は別紙をご覧下さい。

※ゴム印可

※法人でのご加入は、法人名(法人印)・代表者名をご記入ご押印下さい。性別・生年月日・自宅住所・家族構成は代表者のものをご記入下さい。

フリガナ		性別	生年月日			
氏名 (法人名・代表者名)		男 女	昭和 平成	年	月	日生
自己開業医療機関	フリガナ	組織・税務		診療科目		
	医院名	個人 一人法人 一般法人				
	フリガナ					
	所在地	( 千 - )				
	TEL	FAX				
地区医師会 または 郡市区歯科医師会 → ( ) ・ 加入の予定なし						
フリガナ						
自宅住所	( 千 - ) 上記に同じ ← 医院所在地と同住所の場合は○でお囲みください					
TEL	FAX					
携帯電話		e-mail				
医院ホームページURL						
略歴	年 月			卒業		趣味
	年 月					
	年 月					
	年 月			開業		
家族構成	氏名					
	続柄					
	生年月日					
組合加入動機 ( <input checked="" type="checkbox"/> 記入・複数回答可)	<input type="checkbox"/> 融資利用 <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> 廃棄物処理事業利用 <input type="checkbox"/> 購買事業利用 <input type="checkbox"/> 労働保険事務委託 <input type="checkbox"/> イベント・講習会参加 (イベント・講習会名 ) <input type="checkbox"/> 紹介(紹介者名 先生) <input type="checkbox"/> その他 ( )					

※個人情報取扱については別紙をご覧下さい。

<組合使用欄>

理事会承認月	組合加入日	保事協コード
令和 年 月 日	令和 年 月 日	