

年 月 日

山形県医師会協同組合 行

( ご郵送 または FAX 023—666—5301 まで)

## <賛助会員加入申込書>

山形県医師会協同組合の賛助会員に入会します。

次の枠内をご記入下さい。

フリガナ				性別	男・女
ご氏名					
生年月日	昭和	・平成	年	月	日
ご自宅住所	〒 —				
	TEL		FAX		
メールアドレス	@				
ご勤務先名					
ご勤務先住所	〒 —				
	TEL				
ご連絡先 (DM送付先)	自宅	勤務先	その他( )		

事務局使用欄 : 個人コード( )

### [賛助会員資格]

山形県医師会会員の勤務医師

### [ご加入について]

- ・入会金、年会費 無料
- ・組合員と同様の事業サービスをご利用できます。(事業内容はホームページをご覧ください)
- その他、山形県医師会協同組合より機関紙やチラシ等のご案内をお送りいたします。