

加 入 申 込 書

年 月 日

山形県医師会協同組合 理事長 殿

このたび貴組合に加入致したく、下記の通り出資申込いたします。

加入区分	個人 ・ 医療法人 ・ その他 ()
医療機関名	
医療機関 所在地	〒 - TEL () - / FAX () - MAIL @
代表者名	(ふりがな)
	(生年月日 昭和・平成 年 月 日)
出資申込 口数金額	口数 壱 口 払込出資金 (1口 1万円) 10,000円
申込者が 法人の場合	該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> 点チェックをお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 資本の額又は出資の総額が 5,000 万円以下である <input type="checkbox"/> 常時使用する従業員の数が 100 名以下である。
出資金は 1. 銀行口座より引去り 2. 郵便振替用紙による払込み 3. 組合銀行口座への送金 4. 現金 (集金) にて払込み致します。 (ご希望の支払方法に○印を付して下さい。)	
※加入区分=個人・その他→個人名で出資証券が発行されます 医療法人 →法人名+理事長名で出資証券が発行されます	

《事務局使用欄》 出資金確認日 年 月 日

山形県医師会協同組合 行 FAX 023 (666) 5301