

香川医師協同組合賛助会員申込書

令和 年 月 日

香川医師協同組合
理事長 溝 渕 博 司 殿

氏 名 _____ 印

私は、香川医師協同組合の趣旨に賛同し、賛助会員となることを申し込みます。

現 住 所	〒
電 話 番 号	
勤務先医療機関名	
勤 務 先 住 所	〒
勤務先電話番号	