

令和7年 月 日

東京中央医師協同組合

理事長 板垣雪絵 殿

住所（クリニック）

クリニック名

TEL No

E-mail

自宅住所

氏名

生年月日

昭和・平成 年 月 日

加入申込書

下記により貴組合に加入いたしたく申し込みます。

記

1、事業を行う場所

2、事業の種類（診療科目）

3、常時使用する従業員数

4、引き受けようとする出資口数及び金額（1口1,000円～）

口 金 円

5、医籍番号

勤務医の先生はこちらにチェックをお願い致します

必要事項をご記入の上、メールまたはFAXにてお送り願います。

出資金お振込み口座： みずほ銀行 自由が丘支店 普通 2046137

東京中央医師協同組合

〒104-0031 東京都中央区京橋2-11-8 全医協連会館4階

TEL:03-5524-8701

FAX:03-5524-8702

E-mail:t-chuo@kind.ocn.ne.jp