

捨印

## 加入同意書

年 月 日

岡山医師協同組合 御中

住 所

医療機関名

診療科名

氏 名

㊞

生年月日

年

月

日

貴組合に加入し、下記のとおり出資いたします。

記

出資口数

出 資 金

以上