

# 岡山県保険医協同組合 出資加入申込書

令和 年 月 日

貴組合の趣旨に賛同し加入いたします。

医 院 名			休 診 日
フリガナ			区 分
氏 名	①		医・歯
診療所住所	〒		
電 話 番 号		F A X 番 号	
出 資 金 額	□	円	※出資金は1口5,000円 何口でも結構です。 出資金は退会時、 ご指定の口座に返金いたします。

**下記いずれかに○印の上、FAX (086) 274-8223 までご返送下さい。**

( ) 岡山県保険医協会会費引去り口座から、次回引去り日に岡山県保険医協同組合出資金として、上記の出資金額の引去りに同意します。

( ) 岡山県保険医協同組合出資金として、上記の出資金額を振り込みます。

振込予定日 月 日

## 【出資金 振込先】

中国銀行 小橋支店 普通口座 1479103  
岡山県保険医協同組合  
代表理事 木村 秀仁 (キムラ ヒデヒト)
