

賛助会員申込書

年 月 日

高松市医師協同組合

理事長 伊藤 輝一 殿

私は高松市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。

氏 名		印
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		

※高松市医師協同組合が取り扱う商品を購入した際には、別に定める銀行の預金口座振替依頼書により登録した銀行口座より購入代金等を振り替えることを了承します。