

愛知県労災指定医協会 入会申込書

提出年月日： 年 月 日

入会年月日： 年 月 日

貴会の趣旨に賛同し入会を申し込みいたします。

代表者：

氏 名

(印)

2	3						
医療機関名							
所在地		〒					
代表者							
TEL		() —					
FAX		() —					
診療科目							
設立年月日		年 月 日					

愛知県労災指定医協会会長 殿

(以下記入不要)

会員種別	受領委任状契約	分科会加入
現・引・未	有・無	外科 名 整形 名