

令和 年 月 日

兵庫県病院協同組合 理事長 殿

住 所 〒

(※法人にあっては法人所在地)

電話番号

F A X

メールアドレス

病院名称

開設者氏名 (※法人にあっては法人名称及び代表者職氏名)

㊞

(法人代表者印)

組合加入申込書

今般、当院は下記により、貴組合に加入致したく申し込みます。

記

○出資金 一口 金 10 万円也

○法人で経営する病院

名称	所在地	連絡先	病床数	職員数

以上