

令和 年 月 日

兵庫県病院協同組合 理事長 殿

住 所 〒

(※法人にあつては法人所在地)

電話番号

FAX

メールアドレス

開設者氏名 (※法人にあつては法人名称及び代表者職氏名)

㊤

(法人にあつては代表者印)

## 組合加入申込書

今般、兵庫県病院協同組合の定款を承認し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

○開設者が経営する病院 (兵庫県内に限る)

名称	所在地	電話番号	病床数	職員数	備考

○当組合からの文書等の送付先となる病院は備考欄に○を記入してください。

○病院以外を送付先とされる場合は以下にご記入ください

名 称

所 在 地

電話番号