

奈良市医師会福祉基金加入申込書

令和 年 月 日

奈良市医師会長 殿

(加入者)

住所

氏名 【印】

奈良市医師会福祉基金の趣旨に賛成し、入会金及び会費を添え加入申し込みいたします。

- ・入会金 10,000円
- ・会費（月々） 2,000円

事務局使用欄 入会月：
