

加入申込書

年 月 日

通帳番号				通帳員証	

フリガナ		性別	
氏名		男・女	
生年月日	T・S・H	年	月 日
住所	〒 マンション・ビル名(号室) TEL()		
加入時 出資金額		円也	

※お書きいただいた個人情報は、次の目的で使用し、それ以外には使用しません。ご確認下さい。

- ① 組合員の出資金の管理、組合員台帳の管理(加入・増資・減資・脱退手続き等)
- ② 各種組合員名簿(役員・担い手等)の管理
- ③ 保健・医療・福祉サービスの提供に関わる各種の情報提供、健康診断、予防接種等のご案内
- ④ 医療生協の運営や活動に関する情報の提供(機関紙・ニュースのお届け)
- ⑤ 医療生協の諸活動に関する協力をお願いするため
- ⑥ 出資金残高通知の送付

家族氏名	性別	続柄	生年月日
フリガナ	男・女		T・S・H 年 月 日
フリガナ	男・女		T・S・H 年 月 日
フリガナ	男・女		T・S・H 年 月 日
フリガナ	男・女		T・S・H 年 月 日
フリガナ	男・女		T・S・H 年 月 日

※同居家族の方も、組合員と同じ扱いになります。
家族氏名欄は任意記入です。

取扱者()支部・職場 氏名()
機関紙配達方法(郵送・手配り) 配達者()

領収書

年 月 日

様

金 円也

上記金額、出資金として確かに
うけとりました。

愛媛医療生活協同組合

取扱者 (印)