

加入申込書

みなと医療生活協同組合 御中

貴組合の趣旨に賛同し、出資金をそえて申し込みます。
 なお、裏面にある個人情報利用に関する《通常の生協活動における組合員の個人情報の利用目的》について理解し同意しました。
 (太線の中のみご記入ください)

扱 者	組合員	支部 班	扱者名
	職員	院所 部署	

組合員番号		コースコード		班コード		申込み 年 月 日	
氏 名	ふりがな			生 年 月 日			
				大・昭・平 年 月 日			
住 所				棟 号			
	(〒 -) 電話 ()						
初回出資金		□分(1□300円)		金 円		①今後の増資の計画(○印をつけてください)	
家 族 欄	氏 名	生 年 月 日	続柄	☐ 毎月積立てる ☐ 積み立て通帳で毎月()円 ☐ 銀行口座引落で毎月()円 ☐ 一括出資する () 年 月 ころ () 円 ☐ 病院、診療所、本部窓口へ持っていく ☐ 郵便局より振込み ☐ その他()			
	ふりがな	男 女					
	明・大・昭・平	男 女					
	年 月 日						
	氏 名	生 年 月 日	続柄	②加入理由			
	ふりがな	男 女		・知人の紹介 ・受診したから ・その他()			
明・大・昭・平	男 女						
年 月 日							
氏 名	生 年 月 日	続柄					
ふりがな	男 女						
明・大・昭・平	男 女						
年 月 日							
希望届先	返却						

仮組合員証

年 月 日

みなと医療生活協同組合
 名古屋市熱田区五番町3-6
 ☎052-652-2338

□分

様

円

扱者

印

上記の金額をお預かりいたしました。後日、正規の組合員証をお届けいたします。組合員証が届く前にみなと医療生協の事業所を利用する際にはこの仮組合員証をご提示ください。なお、組合員の個人情報の利用目的は裏面の通りです。再度ご確認ください。

2005.8.19