

加入申込書

加入	
理事会承認	

みえ医療福祉生活協同組合 御中
 年 月 日
 貴組合の趣旨に賛同し、出資金を添えて加入を申込みます。
 みえ医療福祉生活協同組合の「組合員の個人情報の利用目的」について同意します。

組合番号
 No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

太線の
 中だけ
 記入し
 てください。

フリガナ				生年月日	明・大・昭・平	地域	コンピューターコード								
氏名				男・女	年 月 日生										
おとところ (正確に)	〒 <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>														町
アパート・マンションなどにお住まいの方は室番号までお書き下さい。						班									
お電話	() -														
出資金	1口200円 (加入時は25口以上で)														
口分 円															
家族欄 (同居されている家族は利用の際は組合員扱いとなりますのでご記入ください。)															
フリガナ	続柄	生年月日	フリガナ	続柄	生年月日	扱い (支部・部署等)									
おなまえ		明・大・昭・平	おなまえ		明・大・昭・平										
	男・女	年 月 日		男・女	年 月 日										
		明・大・昭・平			明・大・昭・平	扱い者									
	男・女	年 月 日		男・女	年 月 日										
		明・大・昭・平			明・大・昭・平										
	男・女	年 月 日		男・女	年 月 日										

扱 者 切 取 り

みえ医療福祉生活協同組合出資金預り証 (仮組合員証)

殿

年 月 日

みえ医療福祉生活協同組合加入申込に当り 出資金 口 円を
 お預りしました。(出資金通帳が到着するまで大切に保管して下さい。)

裏面のみえ医療福祉生活協同組合の「組合員の個人情報の利用目的」を
 ご確認のうえ、加入申込書に記入して下さい。

扱い者

印