

加入申込書

年 月 日

※太わくの中は必ずご記入下さい。

(フリガナ)											
お 名 前											
生年月日	昭・平	年	月	日	性 別	男・女					
郵便番号				-							
ご 住 所	市・郡 町 丁目										
電 話	(		)	-							
勤務先名											
電 話	(		)	-							
支 部					班						

口 数		出資金					千			円
-----	--	-----	--	--	--	--	---	--	--	---

ご加入、ご出資ありがとうございます。当組合では、出資金一世帯5万円をめざして増資をすすめています。ぜひ、ご協力ください。

積立増資

増資目標 ・ 1万円 ・ 3万円 ・ 5万円

方法 ・ 窓口 ・ 集金 ・ 銀行振替

私の個人情報については、出資金の管理、組合員台帳の管理、生協の活動のご案内などの目的に利用し、取扱は、当医療生協の範囲内に限定して活用することに同意します。

福井県医療生活協同組合 殿

私は、貴組合の目的に賛同し、
上記金額を添えて申し込みます。

取	院所名 支部名	
扱	名 前	