

- 印刷してご使用ください。

- ご記入いただきましたら出資金を添えて、くらしいきいき支援室または診療所・子どもクリニックの窓口にご持参下さい。

新規加入・増資 申込書

組合員番号

受付	受付日	取扱部署/氏名

申込日 年 月 日

現金を添えて加入・増資を申し込みます。(太枠内にご記入願います。)

フリガナ 氏名	_____ (印) [性別] 男 ・ 女		
生年月日	T・S・H・R	年	月 日 生
出資額	(1口:5,000円)	□	百万 千 円
住所	〒 _____ ☎ ( ) - _____		
ご職業			
ご意見 ご要望			
機関紙受取	ネットで閲覧・ご自宅にお届け・診療所で受取・わいが家で受取		

同居家族	続柄	職業
フリガナ T・S・H・R 年 月 日 生 (男・女)		
フリガナ T・S・H・R 年 月 日 生 (男・女)		
フリガナ T・S・H・R 年 月 日 生 (男・女)		
フリガナ T・S・H・R 年 月 日 生 (男・女)		

※申込み印を必ず押印してください。  
※ここに記入された個人情報、機関誌の配布等、  
組合員管理の目的で使用します。

事務局 記入欄	医療生協 処理欄	1.経理処理日 ( ) 2.データ処理日 ( )
------------	-------------	-----------------------------

<p><b>出資金預り証</b></p> <p>年 月 日</p> <p>様</p> <p>出資金 □分 ¥ , , 円をお預かりしました。</p> <p>ながおか医療生協 〒940-0042 長岡市前田1-6-7 担当部署</p> <p>担当者 _____ (印)</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

上記の内容にて、お申し込みをお預かりいたしました。  
新規加入の方には、組合員証と残高のお知らせを、増資をいただいた方には、残高のお知らせを  
1週間前後でお送りいたします。  
お手元に届きましたら内容のご確認をお願いいたします。