

- 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、組織事務局または診療所・こどもクリニック窓口  
ご持参下さい。

新規加入・増資 申込書

申込日 年 月 日

組合員番号

受付	受付日	取扱部署/氏名

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	⑩ [性別] 男・女		
生年月日	T・S・H	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			

同居家族	続柄	職業
フリガナ T・S・H 年 月 日生	(男・女)	
フリガナ T・S・H 年 月 日生	(男・女)	
フリガナ T・S・H 年 月 日生	(男・女)	
フリガナ T・S・H 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は、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 ( )
------------	-------------	-----------------------------

出資金預かり証

年 月 日

様

出資金 口分 ¥ , , 円をお預かりしました

ながおか医療生協 〒940-0042 長岡市前田 1-6-7

担当部署

担当者

⑩

上記の内容にて、お申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。