

加入申込書

〈 新規・増資 〉

西暦 年 月 日

大分県勤労者医療生活協同組合 殿

貴組合の趣旨に賛同し下記の出資を引き受け、加入を
申し込みます。

出 資 金		出資金は1口、1,000円です。 1口以上の出資をお願いします。	
_____円 (_____口)			
フリガナ			
お 名 前			
生年月日	(明・大・昭・平・西暦)	年	月 日
住 所	〒 _____		

上記の個人情報は、以下の目的にのみ利用します。

- (1) 組合員名簿および出資金の管理
- (2) 医療生協の事業及び組合員活動のご案内
- (3) 医療生協の運営等のご案内及びご報告

※本人の動員がある場合や法令に基づく場合以外は、
第三者に個人情報を提供することはありません。

受付者	台帳記載	組合員番号	証券番号