

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	(男・女)
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

※本人の同意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