

# 新規加入申込書

年 月 日



医療生協かながわ生活協同組合 様

私は、貴組合の趣旨に賛同し、下記出資金をそえて加入を申し込みます。

ふりがな		性別	生年月日
お名前		男 女	M・T S・H 年 月 日
住所	〒 _____		
電話	( )	加入時 出資金	( 口 ) 円
勤務先名称	* 定款外地域に居住する方で、勤務先が定款内の方はご記入ください。		
住所			

組合員家族 : 同居されている方で、登録を希望される方はご記入ください。

家族氏名	性別	生年月日	続柄
ふりがな	男 女	M・T S・H 年 月 日	
ふりがな		M・T S・H 年 月 日	
ふりがな	男 女	M・T S・H 年 月 日	
ふりがな		M・T S・H 年 月 日	
ふりがな	男 女	M・T S・H 年 月 日	
ふりがな		M・T S・H 年 月 日	
ふりがな	男 女	M・T S・H 年 月 日	
ふりがな		M・T S・H 年 月 日	

取扱	院所・支部	病・診( )	St( )	支部
	扱 者			
組合員証の うけとり方	支部	院所	郵送	備考

## 【新規加入申込書の利用目的】

この新規加入申込書に記入された内容は組合員の個人情報として利用させていただきます。詳細につきましては、別紙や各事業所に提示しました利用目的等をご確認下さい。

申込書に記入された氏名・住所・電話番号・家族欄等につきましては、組合員の出資金管理、生協が運営する病院・診療所や訪問看護ステーション等の事業や行事、各種サービス(健康診断や機関紙など)のご案内に利用させていただくことをご了承ください。 医療生協かながわ生活協同組合 理事長