

# 加入申込書

大分県医療生活協同組合 御中

年 月 日

貴組合の趣旨に賛同し出資金を添えて加入を申し込みます。

|           |         |      |
|-----------|---------|------|
| 健康の友配布ルート | コンピューター | 組合員証 |
|           |         |      |

|      |                                                                                                                                             |     |         |   |   |    |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|---|---|----|
| ふりがな |                                                                                                                                             | 男・女 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日生 |
| 氏 名  |                                                                                                                                             |     |         |   |   |    |
| 住 所  | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TEL<br>携帯 |     |         |   |   |    |
| 連絡先  | TEL<br>携帯                                                                                                                                   |     |         |   |   |    |
| 出資金  | 1口 2,000円 ( )口分 金( )円也                                                                                                                      |     |         |   |   |    |

|            |                                                                            |  |  |  |  |  |
|------------|----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 増 資        | 新病院建設特別増資 1口 2,000円 ( )口分 金( )円也                                           |  |  |  |  |  |
| 積 立<br>増 資 | ご協力いただける場合は金額と積立の方法をご記入下さい。 積立額 ( )円<br>・受診時に届ける ・口座引き落としで ・郵便、銀行振込みで ・班会で |  |  |  |  |  |

ご 家 族 氏 名

| No. | 氏 名  | 続 柄 | 男 女 別 | 生 年 月 日       |
|-----|------|-----|-------|---------------|
| 1   | ふりがな |     | 男・女   | 明・大・昭・平 年 月 日 |
| 2   | ふりがな |     | 男・女   | 明・大・昭・平 年 月 日 |
| 3   | ふりがな |     | 男・女   | 明・大・昭・平 年 月 日 |
| 4   | ふりがな |     | 男・女   | 明・大・昭・平 年 月 日 |
| 5   | ふりがな |     | 男・女   | 明・大・昭・平 年 月 日 |

取扱者 ( 支部・職場 )

## 領 収 書

年 月 日

様

金

出資金として上記正にお預り致しました。

積立増資の方法

・受診時・口座引落・振込・班会

毎月の積立額 ( ) 円

大分市東津留 1-3-29

大分県医療生活協同組合

TEL (097)556-4884

取扱者 ( 支部・職場 )

※後日、組合員証を発行致します。

組織-様式-001 09年 9 月 1 日改訂