

本用紙で取得した個人情報、組合員名簿及び出資金の管理のために使用します。

〔太枠内、登録いたしますので  
もれなく御記入下さい。〕

医療生協の病院・診療所は、出資金を土台に運営されています。

〔1. 本 部〕

川崎医療生活協同組合		<b>加入申込書</b>		世帯同居家族欄（左記本人は除く）	No.	フリガナ 氏 名	生 年 月 日	性 別	
私は、川崎医療生活協同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。 西暦 20 年 月 日 (1口500円、6口3,000円以上お願い致します。)					1		1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	. .	1 2 男・女
加入時 出資金	□	□	円 (氏名にはフリガナをかならず御記入下さい)		2		1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	. .	1 2 男・女
フリガナ					3		1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	. .	1 2 男・女
氏 名					4		1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	. .	1 2 男・女
生年月日	1. 明治 2. 大正	3. 昭和 4. 平成	年 月 日		性別	1 2 男・女		. .	1 2 男・女
住 所					5		1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	. .	1 2 男・女
(アパート・号ま) でご記入下さい)	電話	( )		6		1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	. .	1 2 男・女	
勤務先名		勤務先 住 所		あなたからのメッセージ欄(医療生協へのご要望や期待など、御記入を) <input type="checkbox"/> 健康診断を受けたい。 <input type="checkbox"/> 健康チェックをやりたい。 <input type="checkbox"/> 歩く会に参加したい。 <input type="checkbox"/> 班会に参加したい。 <input type="checkbox"/> 生協ニュース(月1回)配れます。 よろしければ、あなたの趣味をお聞かせ下さい。 [ ]					
(積立増資の申込み)		<input type="checkbox"/> 積立集金を希望します。							
		<input type="checkbox"/> 振込増資を希望します。							

取扱者は必ず、以下に自署して、4枚目の(仮)領収書を申込者へお渡し下さい。

組合員番号	取引日(西暦)	出資金額		
□ □ □ □ □ □ □ □ 0	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ 0 0		
扱支部コード	扱事業所	職 域	積立増資	郵送停止
□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □
1	2 出資担当者	3	4	5
□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □

所 属	扱支部 扱事業所
電 話	
氏 名	

伝番