

やましろ健康医療生活協同組合加入申込書

- ・やましろ健康医療生活協同組合の定款を認め出資金をそえて加入を申し込みます。
- ・加入申込書に記入した情報は下記にある個人情報の取り扱いに同意します。

年 月 日 やましろ健康医療生活協同組合 理事長 様

フリガナ	電話
氏名	
住所 〒	小学校区

●太線枠内をご記入ください。

加入申込書にご記入頂いた情報は、①組合員名簿や出資金の管理、②医療生協が行う医療・介護・保健サービスの提供に関わる各種のご連絡、③医療生協の運営や活動に関する情報の提供に利用させていただきます。この件につき同意しがたい場合にはお申し出ください。

家族欄

	氏名	生年月日	性別
1	フリガナ 本人	年 月 日	男・女
2	フリガナ	年 月 日	男・女
3	フリガナ	年 月 日	男・女
4	フリガナ	年 月 日	男・女
5	フリガナ	年 月 日	男・女
6	フリガナ	年 月 日	男・女



出資金預かり書

様 金 円

上記の金額を、やましろ健康医療生活協同組合の出資金として預かりました。後日、組合員証を発行します。

年 月 日

やましろ健康医療生活協同組合 取扱者

