

# 組合加入申込書

ご紹介者氏名

対応者氏名

支部・事業所

<愛知県以外の方の場合は、この用紙が加入承認申請書となります。>

私は、南医療生活協同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。

※太枠内は必ずご記入ください

申し込み日（加入年月日） 202 年 月 日		裏面の個人情報保護の取り扱いについて（不同意の場合、必要な手続きができません） <input type="checkbox"/> 同意する（□にチェックして下さい）			
ふりがな 登録 組合員 氏名	姓	名	生 年 月 日	大・昭・平 年 月 日生 男・女	出資払込金 万 千 円
					0 0 0
住所	〒 ー 住所				出資金は、1□=1000円です。 加入の際は5口以上でお願いします。5口未満の場合は積立増資にご協力下さい。 私は、出資金を今後5万円以上にする為
	住宅 アパート マンション				
TEL	( )		FAX	( )	
①南医療生協の病院、診療所で受診・健診を受けたことはありますか？ はい・いいえ ②診察券の番号がわかればお書き下さい IDNo. - ③下記該当する□にチェックして下さい <input type="checkbox"/> 愛知県に在住 <input type="checkbox"/> 職場が愛知県 <input type="checkbox"/> 南医療生協職員					
A 毎月 円 積立					増資を行います。
B 月に・ホ-ル時に一括					
<input type="checkbox"/> 事業所窓口へ届ける <input type="checkbox"/> 班長、運営委員へ届ける <input type="checkbox"/> 郵便局、銀行自動引き落としを希望する					

ご加入者アンケート 差し支えなければ、ご協力をお願いいたします。			対応させていただきます		
① 南医療生協の施設見学・班会参加はいかがでしょうか [ ]の施設を見学したい ・ 班会参加したい ・ 不要			→ 事業所へ ( / )		
② 南医療生協の機関紙『健康の友』を月に1回ご近所に数軒から10軒ほど配達していただけますか 配達できます ・ できません			→ 地域ささえあいセンターへ ( / )		
③ 今年の健康診断（人間ドック・成人健診・婦人ガン・その他）の予約はいかがでしょうか 予約をしている ・ 予約したい ・ 説明を聞きたい ・ 不要			→ ( )へ 健診・ドックセンターへ ( / )		
ご要望がありましたらお書き下さい（配布ルートなど）			事業所使用欄		総務課使用欄
			事業所入金日	取扱者	登録日
2017/10/10改訂			組合員登録ID		

きり<割印>とり

※受領書を切り取って申込者様へお渡し下さい

## 受領書(仮組合員証)

※正規の組合員証が届くまでの間、組合員証としてご使用下さい

加入出資金として受領いたしました。

202 年 月 日

出資払込金				
		万	千	円
				0 0 0

登録  
組合員名 様

取扱者氏名 印

南医療生活協同組合

〒459-8016 名古屋市緑区南大高二丁目204番地

TEL 052-625-0620

FAX 052-625-0621