

加入申込書

東京ほくと医療生活協同組合殿

下記のとおり、出資金を添えて申し込みます。

申込日 年 月 日

加入出資金	1000円(1口)	×	□
ふりがな	年 月 日		
申込者氏名 (組合員)	男 女	明大昭平	年 月 日
住所	〒 東京都 アパート・マンション名		
電話番号	E-mail		
* 東京以外に在住の方は勤務先(東京都)をご記入してください			
勤務先住所	〒 東京都		
勤務先名			
電話番号			

家族名をご記入ください

(ふりがな)	続柄	性別	生年月日
		男・女	明大昭平 年 月 日
(ふりがな)	続柄	性別	生年月日
		男・女	明大昭平 年 月 日
(ふりがな)	続柄	性別	生年月日
		男・女	明大昭平 年 月 日
(ふりがな)	続柄	性別	生年月日
		男・女	明大昭平 年 月 日
(ふりがな)	続柄	性別	生年月日
		男・女	明大昭平 年 月 日

一世帯平均50,000円をめざした積立増資にご協力ください

わたしの積立増資計画			
毎月	□ ×		回
毎年	□ ×		回
組合員証は	・(病院・診療所)で受け取る		
○印を	・郵送してほしい		
おつけください	・担当支部がお届けします()		

紹介者	取扱支部 (院所)
機関紙配布者	

組合員NO

組合員加入および脱退・減資について



※東京都に住所または勤務地を有する方は組合員となります(定款第6条)。転居やお亡くなりになられた場合はご連絡ください。

※当医療生協からの脱退・減資につきましては、定款第10条(自由脱退)および第17条(出資口数の減少)によって、事業年度末の90日前(12月末)までにご連絡をいただき、年度末(3月末)に処理させていただくことが基本となっております。

個人情報の利用目的の通知

- ①組合員の出資金の管理、組合員台帳の管理(加入・増資・脱退の手続き)
- ②組合員へのご案内や諸活動に関するご紹介(機関紙・ニュースなどのお届け)
- ③医療生協の諸活動に関する協力をお願い
- ④生協および事業所の運営に関するご意見や苦情、ご要望の集約と対応のため
- ⑤総代会などの機関運営や、支部・班などの組合員活動を円滑に進めるため
- ⑥事業所が組合員向けの医療・保健・介護サービスを提供するため

個人情報の開示・訂正・利用停止・削除などに関するお問合せ先

東京ほくと医療生活協同組合

東京都北区豊島3-7-1

電話03-3913-9100/FAX03-3912-9333

左記内容により組合員証が発行されます。