



出雲医療生活協同組合

20 年 月 日 No.

加入申込書

※太枠内のみご記入下さい。

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
住所	(〒 -) 町内名() Tel() -	
出資金額		円

同居家族氏名	性別	続柄	生年月日
フリガナ	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
フリガナ	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
フリガナ	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
フリガナ	男・女		明・大・昭・平 年 月 日

紹介者			手配りルート		
支部 職場	氏 名		支 部	配 達 員	

定期的な積立増資を希望します。 はい ・ いいえ

領収書

20 年 月 日

様

円

上記金額をお預かりしました。
組合員証は後日お届けいたします。

出雲医療生活協同組合

取扱者

個人情報について

組合員の個人情報は、定款で定められた出資金の管理、組合員台帳の管理(加入・増資・減資・脱退の諸手続き)や以下の目的のために利用します。

-
- ①医療・介護・保健サービスの提供に関わる各種の連絡、健康診断、予防注射接種などのご案内
 - ②サービスの改善のためのアンケート送付・回収
 - ③生協の運営や活動に関する情報のご提供(機関誌の配布・出資金高通知など)やお願い
 - ④支部活動・班活動(各種行事へのお誘い・増資運動・生協機関誌や支部ニュースの配布など)
-

※上記利用目的のために、出雲医療生協の職員または組合員にご連絡させていただくことがあります。

※上記利用目的に同意しかねる場合はお申し出ください。

※特にお申し出がない場合は同意がなされたものとしてお取り扱いいたします。