

# 組合員加入申込書

申込日(加入年月日)                    年            月            日

紹介支部名		紹介者氏名	
-------	--	-------	--

ふりがな		生年月日	
氏名		大・昭・平	年    月    日
住所	〒  マンション、アパートの号室まで記載		
電話番号		勤務先名	

18歳以下のお子様	続柄	氏名	ふりがな	生年月日

組合の趣旨に賛同し、下記出資金を添えて加入申し込みをいたします。

出資金(1口1000円)	口	円	小金井市三鷹市 調布市武蔵野市 以外にお住まいの方	生協だよりの郵送頻度のご希望 【    】毎回(2ヶ月に1回) 【    】半年毎
--------------	---	---	---------------------------------	---

受付	入力	発送	支部名	
月日 /	月日 /	月日 /		
担当	担当	担当	組合員番号	

## 出資金受領証

年            月            日

	様
出資払込金	円

上記受領いたしました。後日、組合員証をお届けします。

北多摩中央医療生活協同組合

〒184-0004 小金井市本町1-15-9

取扱者氏名	印
-------	---

TEL 042-382-9112