

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		FAX		

勤務先住所	〒 東京都		
勤務先名		電話番号	

家族構成	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	市外在住の方	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。

取扱者氏名	印
-------	---

北多摩中央医療生活協同組合

〒184-0004 小金井市本町1-15-9

TEL 042-382-9112