

## 増資申込書

年 月 日

お名前		組合員番号	
ご住所		電話番号	
増資金額		円	

---

## 領収書

年 月 日

お名前		組合員番号	
増資金額		円	

上記の金額正に領収いたしました。

北多摩中央医療生活協同組合

東京都小金井市本町1-15-9 3階

電話 042-324-9112

取扱者	
-----	--