

# 新規加入申込書 (太枠内のみご記入ください)

私は貴生協の趣旨に賛同し、1口以上の出資金をそえて申しこみいたします。(1口2,000円)  
 個人情報の取扱い(申込用紙二枚目に記載)に関し、記された目的範囲内で利用する事に同意します。

出資金	□	円	申込 日付	年	月	日
フリガナ			性別	生 年 月 日		
氏名			男 女	明・大 昭・平	年	月 日
住所	〒 _____ マンション・アパート名 ( ) 電話 ( )					
連絡先	〒 _____ マンション・アパート名 ( ) 電話 ( )					

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

医療生協 に一言	なんでも結構ですので医療生協へのご意見、ご自身のことなどご記入ください (任意)
-------------	--

紹介者		支部	組合加入のきっかけ	
-----	--	----	-----------	--

組合 記入欄	組合員 No.	会計	名簿入力	組合員証届け	取扱者
				郵送・手渡	

# 出資金預かり証

下記金額を確かにお預かりいたしました。

取扱者 \_\_\_\_\_ 印

出資金	□	円	申込 日付	年	月	日
フリガナ			性別	生 年 月 日		
氏名			男 女	明・大 昭・平	年	月 日
住所	〒 _____ マンション・アパート名 ( ) 電話 ( )					
連絡先	〒 _____ マンション・アパート名 ( ) 電話 ( )					

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

医療生協 に一言	なんでも結構ですので医療生協へのご意見、ご自身のことなどご記入ください (任意)
-------------	--

# ほくせつ医療生活協同組合個人情報取扱規定

お申しいただいた加入申込の情報は以下の目的に限定して利用させていただきます。

- ① 組合員の出資金の管理や組合員台帳管理（加入・増資・減資・脱退の諸手続きのため）
- ② 生協が実施する事業やサービスに関する組合員へのご案内や組合員の諸活動のご紹介（ニュース、広報誌などのお届け）
- ③ 医療生協の諸活動に関する協力をお願いするため
- 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
- ⑤ 総代会等の機関運営や、支部・班などの組合員活動を円滑に進めるため
- ⑥ 監事監査
- ⑦ 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

## ほくせつ医療生活協同組合



### ほくせつ医療生協事務局

豊中市玉井町1-8-22-301 電話06-6840-7601 FAX06-6840-7651

### 豊中診療所

豊中市玉井町1-10-6 電話06-6841-3531 FAX06-6841-3536

### 豊中診療所デイケアセンター・ほくせつ医療生協ケアプランセンター

豊中市玉井町1-10-6 電話06-6841-3531 FAX06-6841-4022

### ほくせつ医療生協訪問看護ステーション

豊中市玉井町1-8-23-102 電話06-4865-7887 FAX06-4865-7888

### ほくせつ医療生協ヘルパーステーション

豊中市中桜塚2-25-5-2F 電話06-6845-7602 FAX06-6845-7607

### ほくせつ医療生協小規模多機能ホーム だいこくさん

豊中市大黒町3-6-4 電話06-6335-1221 FAX06-6335-1241

### ほくせつ医療生協 健康づくりセンター たまい

豊中市玉井町1-8-22-1F

### ほくせつ医療生協組合員センター

豊中市中桜塚2-25-5-2F(岡町組合員センター)

豊中市大黒町3-6-4-2F(庄内組合員センター)