組合加入申込書

No.

発券者印		検印		検印		係員	

新潟医療生活協同組合　御中

下記出資金を添えて組合加入を申込みいたします。　平成　年　月　日

フリガナ 氏名　㊞	男・女	明治・大正・昭和・平成 年　月　日生
〒 住所	電話　（　）	
一金　円也　出資　口　（1口　10,000円）		

新潟医療生活協同組合の個人情報保護方針について同意のうえ申し込みます。

勧誘者住所 （所属）　氏名

備考

家族氏名・フリガナ	性別	生年月日	続柄	備考
	男・女	明・大・昭・平 ・　・		
	男・女	明・大・昭・平 ・　・		
	男・女	明・大・昭・平 ・　・		
	男・女	明・大・昭・平 ・　・		
	男・女	明・大・昭・平 ・　・		
	男・女	明・大・昭・平 ・　・		
	男・女	明・大・昭・平 ・　・		
	男・女	明・大・昭・平 ・　・		