

フリガナ		性別	生年月日(西暦/明・大・昭・平)	
氏名	(印)	男・女	年 月 日	
住所	〒 ー			
電話番号		勤務地	所在	
出資金	口 円		名称	
紹介者				
同一世帯家族欄			緊急連絡先、もしくはご家族の連絡先	
名前	続柄	生年月日	続柄	(1)家族・親族 (2)勤務先
フリガナ			氏名	
フリガナ			住所	
フリガナ				
フリガナ			電話番号	

支部記入欄	所属	支部			班
	「きずな」配布	要・不要	支部	エリア番号	No.

事務処理欄	取扱者	事務長	組織	経理係	コンピューター	証書発行	法人確認	証書発送	組合員番号
									出資金証書番号

この加入用紙に記載した個人情報、西都保健生活協同組合の組合員活動・出資金増資活動・診療所の各種健診案内などに使用させていただきます。他には使用しません。

-----キリトリ線-----

西都保健生協加入申込控

様

届出日

年

月

日

出資金

口、金

円を預かりました。

西都保健生活協同組合

清瀬市上清戸2-1-41 電話 042-493-6129

取扱者

氏名

印