

# 加入申込書

|       |  |
|-------|--|
| 加入    |  |
| 理事会承認 |  |

みえ医療福祉生活協同組合 御中

年 月 日

貴組合の趣旨に賛同し、出資金を添えて加入を申込みます。

みえ医療福祉生活協同組合の「組合員の個人情報の利用目的」について同意します。

組合番号

|     |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| No. |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|

太線の中だけ記入してください。

|   |   |         |                                  |         |         |             |
|---|---|---------|----------------------------------|---------|---------|-------------|
| フリガナ                                      |   |         | 生年月日                             | 明・大・昭・平 | 地域      | コンピューターコード  |
| 氏名  | 男・女                                     | 年 月 日   | 年 月 日                            | 生       |         |             |
| 〒   | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |         | アパート・マンションなどにお住まいの方は室番号までお書き下さい。 |         | 町       |             |
| お電話                                       | ( ) -                                   |         |                                  |         |         | 班           |
| 出資金                                       | 1口200円 (加入時は25口以上で)                     |         | 口分                               |         | 円       |             |
| 家族欄 (同居されている家族は利用の際は組合員扱いとなりますのでご記入ください。) |   |         |                                  |         |         |             |
| フリガナ                                      | 続柄                                      | 生年月日    | フリガナ                             | 続柄      | 生年月日    | 扱い (支部・部署等) |
| おなまえ                                      |   | 明・大・昭・平 | おなまえ                             |         | 明・大・昭・平 |             |
|   | 男・女                                     | 年 月 日   |                                  | 男・女     | 年 月 日   |             |
|   |   | 明・大・昭・平 |                                  |         | 明・大・昭・平 | 扱い者         |
|   | 男・女                                     | 年 月 日   |                                  | 男・女     | 年 月 日   |             |
|   |   | 明・大・昭・平 |                                  |         | 明・大・昭・平 |             |
|   | 男・女                                     | 年 月 日   |                                  | 男・女     | 年 月 日   |             |



扱 者 切 取 り

## みえ医療福祉生活協同組合出資金預り証 (仮組合員証)

殿

年 月 日

みえ医療福祉生活協同組合加入申込に当り 出資金 口 円をお預りしました。(出資金通帳が到着するまで大切に保管して下さい。)

裏面のみえ医療福祉生活協同組合の「組合員の個人情報の利用目的」をご確認のうえ、加入申込書に記入して下さい。

扱い者



## アンケートご協力をお願い

【該当欄（ ）に○を付けて下さい。】

◆私は、医療福祉生協に加入してこんなことをやってみたい。

1. 地域の「班会」に参加したい ( はい ・ いいえ )
2. 医療・介護制度などの学習会に参加したい ( はい ・ いいえ )
3. 生協の発行する機関紙を配付できる(5部～10部) ( はい ・ いいえ )
4. ボランティア活動に参加したい ( はい ・ いいえ )
5. その他[ ]

※「班会」とは、地域で開催されている趣味・要求で集まった会合です(3人集まれば班)。

◆私は、下記のような趣味・特技があります。⇒ 班会で活かしてもらえれば幸いです。

1. (ヨガ・太極拳・健康体操・ストレッチ体操・グラウンドゴルフ)
2. (絵手紙・押し花・生花・お菓子づくり)
3. (三味線・大正琴・詩吟・着付け・囲碁・将棋・マージャン)
4. (栄養、料理、医療、福祉、介護、パソコンなどの専門知識など)
5. その他[ ]

## ご意見・ご要望

[通常の生協活動における組合員の個人情報利用目的]

- ・組合員の出資金の管理、組合員台帳の管理 (加入・増資・減資・脱退の諸手続き)
- ・出資金残高通知の組合員への発送
- ・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諸活動のご紹介 (ニュース、広報誌などのお届け)
- ・医療生協の諸活動に関する協力をお願いするため
- ・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
- ・総代会などの機関運営や、支部・班などの組合員活動を円滑に進めるため
- ・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