

加 入 申 込 書

愛知県勤務医師生活協同組合
代表理事 様

このたび貴組合に加入致したく申し込みます。
なお、出資金は私名義の口座より自動引去りしてください。

令和 年 月 日

自 宅 住 所	〒 <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">TEL :</p>
フリガナ 氏 名	 <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">⑩</p> (生年月日) S・H 年 月 日生 (男・女)
医師免許番号	
メールアドレス	

＜ 申 込 内 容 ＞

1. 勤 務 先 名
2. 勤務先住所 〒.....
.....
.....
TEL : FAX :
3. 診 療 科 目
4. 引き受けようとする出資口数及び金額

1 口 金 1, 0 0 0 円
5. 加入目的（利用したい事業に○印をして下さい。複数回答可。）
 - ・MP I 保険 ・医協カード ・購買利用
 - ・住宅（不動産会社名： マンション名：)
 - ・その他（)

以上

※当組合が加入申込書により取得した個人情報については、当組合の組合員管理及び当組合の提携企業からの各種イベントやサービス、商品の情報提供の目的で利用させていただきます。また当組合は、第三者への個人情報の利用停止について本人もしくは代理人の申出により速やかに対応処理いたします。