

《 勤務医師協 組合加入申込書 》

鹿児島県勤務医師生活協同組合
理事長 波多江 正紀 殿

定款を承認し、貴組合に加入を申し込みます。尚、出資金は下記の指定口座よりお引去りください。

医籍登録番号	第					号	申込日	令和	年	月	日	
お名前	ふりがな						申込印(認印可)	生年月日			年齢	性別
							○	昭和 平成	年	月	日	男 ・ 女
ご自宅住所	(〒 -) 鹿児島県											
	TEL	()				FAX	()					
	携帯	- -				メールアドレス						
ご勤務先住所	医療機関名 (診療科)											
	(〒 -)											
	TEL	()				FAX	()					
引受出資口数 及び出資金額		口 円						※出資金は1口 1,000円です。				
出資金指定口座	(右記の3行より 選択ください)		鹿児島銀行 ・ 南日本銀行 ・ 医師信用組合						支店	(支店番号)		
	普通 ・ 当座 ○をつけてください		ふりがな						口座名義			

裏面に記載の「個人情報のお取扱い」の内容にご同意いただける場合のみ、上欄に必要事項をご記入の上、お申込みください。

ご記入の際は、**記入漏れ・押印漏れ**のないようご注意ください。

【添付書類】 必須

お申込者様のご本人確認ができる公的な証明書(氏名、生年月日、現住所記載)の写しをご同封ください。
(現住所は、あらかじめ印字されているか、ボールペンなど消せないもので記入されているものに限りません。)

運転免許証・健康保険証・マイナンバーカード(ナンバー記載の裏面コピー不要)・住民票等

【アンケート】

- ・ 医師会にはご加入されておりますか？ はい ・ いいえ
- ・ 山形屋ドクターズカード発行希望 はい ・ いいえ

※ カードをご希望の方は、裏面のカード発行申込書もご記入下さい。

勤務医ホームページ

組合記入欄	令和 年 月 日 引去り					令和 年 月 日 第 回理事会承認					
	会員番号					- 0 0		カード番号		995 -	
	山形屋への連絡										受付印
	備考										
	検印		検印		依頼者		受付				

申込日 令和 年 月 日

お名前	ふりがな	申込印(認印可)	生年月日	年齢	性別
			昭和 平成 年 月 日		男・女
ご自宅住所	(〒 -) 鹿児島県				
	携帯TEL	- -	自宅TEL	()	
ご勤務先住所	医療機関名 (診療科)				
	(〒 -)				
	TEL	()	FAX	()	
カードお届け先	自宅 ・ 勤務先			申込をしてから一か月しても、お手元に届かない場合はご連絡ください。	

【家族カード発行希望】 家族カードをご希望の方のみご記入下さい。家族カードは1枚に限ります。

ふりがな	続柄	生年月日	年齢	性別
		昭和・平成 令和 年 月 日		男・女

【ご家族欄】 ご家族の生活シーンに合わせ、情報提供・商品のご案内を差し上げます。

ふりがな	続柄	生年月日	年齢	性別
		昭和・平成 令和 年 月 日		男・女
ふりがな	続柄	生年月日	年齢	性別
		昭和・平成 令和 年 月 日		男・女
ふりがな	続柄	生年月日	年齢	性別
		昭和・平成 令和 年 月 日		男・女

【デパート代金引去口座】 **必須** ご本人カードと家族カードのお引去り口座は同一口座になります。
 組合加入申込面と口座が同じであっても、ご記入ください。

指定口座	(右記の3行より選択ください)	鹿児島銀行 ・ 南日本銀行 ・ 医師信用組合	支店	(支店番号)
	普通 ・ 当座 ○をつけてください	ふりがな		
		口座名義		

ご記入の際は、**記入漏れ・押印漏れ**のないようご注意ください。

【個人情報のお取扱い】

当組合は、本申込書に関する個人情報を、組合事業を目的とした業務に利用し、その他業務上必要とする範囲で業務委託先、金融機関へ提供を行い、またこれらのものから提供を受けることがあります。

組合記入欄	会員番号							0	0
	カード番号	995 —							
	備考								