

[出資様式 2]

| | | | |
|---|---------------|-------|--------|
| 増 資 申 込 書 | | 増資年月日 | 年 月 日 |
| フリガナ 氏 名 | | 組合員番号 | ※生協使用欄 |
| 生年月日 | T・S・H・R 年 月 日 | | |
| 電 話 | () - | | |
| 住 所 | | | |
| 新居浜医療福祉生活協同組合 殿 増資口数 口 (1口 1000円) 増資金額 円 上記口数の金額を増資致します。 | | | |

※生協使用欄

| | | | |
|--------|-----|----------|-----|
| 支部・事業所 | | 備 考 | |
| 代筆時記入者 | 受付者 | 処理年月日・係印 | 承認印 |
| | | | |

記入いただいた個人情報は、生協の事業活動にふさわしい利用目的と範囲で使用します。
 また、個人情報の取り扱いにつきましては細心の注意を払い、保護・管理をおこないます。

----- 切り取り線 -----

[出資様式 2]

| | | | |
|---|---------------|-------|--------|
| 増 資 申 込 書 | | 増資年月日 | 年 月 日 |
| フリガナ 氏 名 | | 組合員番号 | ※生協使用欄 |
| 生年月日 | T・S・H・R 年 月 日 | | |
| 電 話 | () - | | |
| 住 所 | | | |
| 新居浜医療福祉生活協同組合 殿 増資口数 口 (1口 1000円) 増資金額 円 上記口数の金額を増資致します。 | | | |

※生協使用欄

| | | | |
|--------|-----|----------|-----|
| 支部・事業所 | | 備 考 | |
| 代筆時記入者 | 受付者 | 処理年月日・係印 | 承認印 |
| | | | |

記入いただいた個人情報は、生協の事業活動にふさわしい利用目的と範囲で使用します。
 また、個人情報の取り扱いにつきましては細心の注意を払い、保護・管理をおこないます。