

口座振替積立増資申込書

あなたの新しい暮らしがここから始まります。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ			
お名前			
生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日
ご住所	〒		
電話番号	— —		

1回の振替金額	毎月 ￥		000	希望開始年月日 年 月 27日
---------	------	--	-----	--------------------

(1,000円単位でご記入ください)

こちらの申込書に必要事項を記入して、事業所窓口、健康まちづくりセンター担当者または地域の世話人にお渡しいただくか、生協会館コムコム1階経理課にご提出ください。

受付者記入欄	
受付日	年 月 日
支部・職場	
氏名	

経理課処理欄	
受付日	年 月 日
組合員ID	
備考	粗品・預金口座控え

担当者

経理課	検印

岡山医療生活協同組合 お問い合わせ、ご相談はこちらまで

〒703-8288 岡山市中区赤坂本町2番20号
TEL086-271-7842 (本部経理課) 受付時間/平日8:30~15:00



<http://www.okayama-health.coop>



口座振替積立増資申込書

あなたの新しい暮らしがここから始まります。

記入日 20△△年○月△日

フリガナ	オカヤマ タロウ				
お名前	岡山 太郎				
生年月日	大正・昭和・平成	○	年	△	月 □ 日
ご住所	〒 組合員さまご本人の住所				
電話番号	086—123—4567				

1回の振替金額	毎月 ￥	1	0	0	0	希望開始年月日 年 月 27日
---------	------	---	---	---	---	--------------------

(1,000円単位でご記入ください)

こちらの申込書に必要事項を記入して、事業所窓口、健康まちづくりセンター担当者または地域の世話人にお渡しいただくか、生協会館コムコム1階経理課にご提出ください。

受付者記入欄	
受付日	○年 △月 □日
支部・職場	内科
氏名	鈴木 太郎

経理課処理欄	
受付日	年 月 日
組合員ID	
備考	粗品・預金口座控え

担当者

経理課	検印

岡山医療生活協同組合 お問い合わせ、ご相談はこちらまで

〒703-8288 岡山市中区赤坂本町2番20号
TEL086-271-7842 (本部経理課) 受付時間/平日8:30~15:00



<http://www.okayama-health.coop>



口座振替積立増資申込書

あなたの新しい暮らしがここから始まります。

記入日 年 月 日

①

フリガナ			
お名前			
生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日
ご住所	〒		
電話番号	- -		

②

1回の振替金額	毎月 ¥	1 0 0 0	希望開始年月日 年 月 27日
(1,000円単位でご記入ください)			

こちらの申込書に必要事項を記入して、事業所窓口、健康まちづくりセンター担当者または地域の世話人にお渡しいただくか、生協会館コムコム1階総務課にご提出ください。

③

受付受付印刷	
受付日	年 月 日
支部・職場	
氏名	
担当者	

経理課処理欄	
受付日	年 月 日
組合員ID	
備考	振込・預金口座振入
経理課 横印	

岡山医療生活協同組合 お問い合わせ、ご相談はこちらまで

〒703-8288 岡山市中区赤坂本町2番20号
TEL086-271-7842 (本部総務課) 受付時間/平日8:30~15:00

<http://www.okayama-health.coop>

