



# 組 合 員 入 会 申 込 書

西曆 2019 年 月 日

医療介護ネットワーク協同組合

代表理事 増村章仁 殿

医療介護ネットワーク協同組合の入会条件を了承の上、さらに入会時に於いての必要書類等を速やかに交付する事を約束して入会を下記の通り申し込みます。

◆出資金 2万円 X \_\_\_\_\_口 = \_\_\_\_\_万円

◆初年度賦金（組合費） 6万円 計 \_\_\_\_\_万円

(フリガナ) \_\_\_\_\_

法人名 : \_\_\_\_\_ 印 (法人登録印)

業種 : \_\_\_\_\_ 資本金 : \_\_\_\_\_ 万円 従業員数 : \_\_\_\_\_ 人

(フリガナ) : \_\_\_\_\_

代表者氏名 : \_\_\_\_\_ 役職名 : \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

所在地 : \_\_\_\_\_

電話 : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

URL : \_\_\_\_\_

(フリガナ) \_\_\_\_\_

担当者名 : \_\_\_\_\_

担当者 e-Mail : \_\_\_\_\_

## <添付書類>

1. 登記簿謄本 ..履歴事項全部証明書（発行後3ヶ月以内 コピー可）
2. 会社案内 ..無い場合は不要です。

出資金・初年度賦金は下記の当組合口座へお振込下さい。（振込手数料はご負担願います）

りそな銀行 田町支店(285) 普通 4175169

口座名義： 医療介護ネットワーク協同組合

\* 申込書、添付書類を入手し、出資金・組合費の入金が確認されましたら、出資証券を送付致します。