

# 加入・増資申込書

加入・増資年月日 年 月 日

出資金 口 円

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男 ・ 女	大昭平 年月日
住所	〒	—	

紹介者	地域・事業所 氏名	ニュース 配布者	( ・郵 送)
-----	--------------	-------------	---------------

## 教えて ください あなたの出来そうな 組合員活動

- ニュースの配布
- 班会に参加
- ボランティアに参加（昼食会・デイサービス・通所リハビリ・助け合い・その他）
- サークル・レクレーションに参加（囲碁・将棋・山歩き・カラオケ・合唱団・着付け教室・麻雀・その他）



宝塚医療生活協同組合

## 個人情報の取り扱い方針通知

宝塚医療生活協同組合（以下宝塚医療生協）は、以下の目的のために個人情報を利用させて頂きます。

### 1. 利用目的の明示（抜粋）

- ① 宝塚医療生協組合員募集のため
  - ② 宝塚医療生協の運営や活動、新規事業等に関する情報提供及び確認作業のため
  - ③ 健康診断をはじめとした保健・医療・介護サービス情報提供のため
  - ④ アンケートなどによりご意見をいただくため
  - ⑤ 班会や地域の支部の取組のため
  - ⑥ 組合員の健康づくり、助け合い活動をはじめとした、生活の改善及び文化の向上に関する活動を推進するため
  - ⑦ 出資金の管理、組合員名簿（台帳）管理のため
  - ⑧ 機関紙「たから」のお届けのため
  - ⑨ 宝塚医療生協の保健・医療・介護サービス利用者の組合員・非組合員の確認作業のため
  - ⑩ 業者委託のため（出資金通知郵送等）
- \* 上記①～⑩については、ご案内、ご訪問、ご連絡させて頂くことがあります。

加入・増資申込書、受け取りました

受取日 年 月 日

口

円 受取

氏名（フリガナ）	性別	続柄	生年月日
	男 ・ 女		大昭（西暦） 平 年 月 日
	男 ・ 女		大昭（西暦） 平 年 月 日
	男 ・ 女		大昭（西暦） 平 年 月 日
	男 ・ 女		大昭（西暦） 平 年 月 日
	男 ・ 女		大昭（西暦） 平 年 月 日

## あなたの声をお聞かせください

医療や介護のことでのご意見・ご要望、また、困っていること、相談したいことなど、お気軽にお書きください。

### 2. その他の利用目的

日本医療福祉生活協同組合連合会が取り組むアンケートへの協力。但し、その場合は、本人同意をとさせて頂きます。

#### 【同意について】

- ① 上記提供の中で同意しがたいものがある場合は、本人からあらかじめ、その旨申し出ることができます。
- ② 本人から、前項①の意思表示が行なわれない場合は、利用目的については同意が得られたものとさせて頂きます。
- ③ 同意及び留保は、その後、本人からの申し出により、いつでも変更することが可能です。

### 3. 個人情報の開示、訂正に関する告知

「個人情報の取扱方針通知」の内容については、個人情報担当窓口

電話 0797-69-6121

Eメールアドレス iseikyo@takarazuka-mcoop.net  
までお問い合わせいただければ、すみやかに対応させて頂きます。

2005年3月24日  
宝塚医療生活協同組合

通帳や組合員証等は手続きが済み次第登録住所に郵送いたします。