

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
住所		年 月 日
電話		
TEL ()		—

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

☐に
チェック

- ☐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・レクリエーションに参加（囲碁・将棋・山歩き・カラオケ・合唱団・着付け教室・麻雀・その他）

き り と り

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いただきます。

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①～⑥については、ご案内、ご訪問、ご連絡させていただきます。

加入・増資申込書、受け取りました

受取日 年 月 日

口

円 受取

印

同居家族	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

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、本人同意をとらせて頂きます。

【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出来ます。
- 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いただきます。
- 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いただきます。

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。