

なら健康友の会 入会申込書兼岡谷会地域協同基金申込書

申込日：_____年 ____月 ____日

- 私は、なら健康友の会の目的に賛同し、入会金1,000円を添えて、以下の通り申し込みます。入会案内に記載の個人情報利用目的に同意します。
- 入会申込書に記入された同居家族はすべて会員とし、支部に所属する。会員には会員証が交付される。
- 岡谷会の経営を支えるために岡谷会地域協同基金に協力します。

岡谷会地域協同基金は

- 1 無利息です
- 2 満期は5年です [途中減額、解約の申し出があれば、対応させていただきます]
ただし、友の会退会時は解約となります
- 3 申し出のない限り自動継続となります
- 4 抛出者の運営参加をめざします
- 5 抛出者は、なら健康友の会会員です

申し込みされる方がご記入ください	ふりがな		生年月日	
	氏名	(男・女)	大 昭 平 西 暦	年 月 日
	住所	〒 _____	電話番号	_____
<p>※住所は正確にご記入ください。</p>				
<p>●入会金(必須) 1,000円</p>				
<p>●地域協同基金(任意)</p>				
<p><input type="checkbox"/> 抛出 1,000円 × <input type="checkbox"/> =合計 ,000円</p>				
<p><input type="checkbox"/> 積立(月次)1,000円 × <input type="checkbox"/> =合計 ,000円</p>				
<p>積立方法</p>				
<p><input type="checkbox"/> 受付窓口 _____ 取り扱い事業所 _____</p>				
<p><input type="checkbox"/> □座引き落とし</p>				
<p>※□座引き落としを希望される方は、岡谷会事務局よりご連絡します</p>				

世帯登録欄	新規加入、住所変更の場合は、同居されている家族の氏名・生年月日・続柄をお書きください		
	ふりがな	生年月日	続柄
	(男・女)	大 昭 平 西 暦 年 月 日	
	ふりがな	生年月日	続柄
	(男・女)	大 昭 平 西 暦 年 月 日	
	ふりがな	生年月日	続柄
	(男・女)	大 昭 平 西 暦 年 月 日	
	ふりがな	生年月日	続柄
(男・女)	大 昭 平 西 暦 年 月 日		

- アンケートにご協力をお願いします。
- ① 入会を決めた理由は
[すこやか健診・インフルエンザ・紹介・その他]
- ② なら健康友の会機関紙を年に数回、ご近所に数件~10件ほど手配りで協力
[できる・できない]
- ③ 健康診断(行政健診・人間ドック・乳がん健診・その他)の予約は
[予約している・予約したい・説明を聞きたい・不要]

以下は、職員記入欄 会員コード ()

職員記入欄	受領欄		地区・支部	拡大職場	取扱者	
	¥	<input type="checkbox"/> 入会金(¥1,000) <input type="checkbox"/> 基金(□)	地区 支部			
担当者記入欄	配達区分		パソコン入力	地図プロット	同姓同名	拡大入力
	<input type="checkbox"/> 手配り(コード:)					
	<input type="checkbox"/> 郵送()				有・無	
<input type="checkbox"/> 職員()						

医療法人岡谷会・なら健康友の会 〒630-8325 奈良市西木辻町200 岡谷会本館2階

TEL 0742-23-2501 (医療法人岡谷会事務局) TEL 0742-24-7322 (なら健康友の会事務局)