

東神戸医療互助組合 加入申込書

東神戸医療互助組合
理事長 三木 美恵子 殿

記入日 年 月 日

私は加入金 1,000円を添えて貴組合に加入を申し込みます。

お な ま え		続柄	性別	生 年 月 日
フリガナ		本人	男・女	大・昭・平・令 年
印				(西暦 年) 月 日生
ご住所	〒 市 区 町・通・台			TEL
	「マンション(建物)名」 号室			携帯電話
緊急連絡先	フリガナ	続柄	性別	TEL
	おなまえ		男・女	
同居のご家族	フリガナ	続柄	性別	生 年 月 日
			男・女	大・昭・平・令・西暦 年 月 日
	フリガナ	続柄	性別	生 年 月 日
			男・女	大・昭・平・令・西暦 年 月 日
	フリガナ	続柄	性別	生 年 月 日
			男・女	大・昭・平・令・西暦 年 月 日

この度は、ご加入頂き誠にありがとうございます。
差し支えなければ、裏面のアンケートにご協力をよろしくお願い致します。
【事務局記入欄】以下は記入しないでください ☞裏面へ
支部名/事業所名 () 受付け者名 () 紹介者名 ()

住所コード	配達者コード&氏名	組合員番号	加 入 日	発 行 日	支 部

＜キリトリ線＞

加入金受領証

年 月 日
様

加入金として 1,000円、確かに受領いたしました。

※ 加入金の1,000円は返金されません。

東 神 戸 医 療 互 助 組 合

取扱者 印

東神戸医療互助組合 組合員アンケート

- ① 東神戸病院や診療所など民医連の施設を利用されたことはありますか？
ある（施設名 ） ・ ない ・ わからない
- ② 「健康診断」は定期的に受けておられますか？
毎年受けている ・ たまに受けている ・ 受けていない
- ③ 「健康班会」「医療懇談会」「健康チェック」に興味がありますか？
興味はある（参加したい） ・ 興味がない ・ わからない
- ④ 医療互助組合「健康ニュース」（2 ヶ月に 1 回発行）の配達にご協力頂けないで
しょうか？
できる ・ 少しならできると ・ できない
- ⑤ 「ボランティア活動」に関心はお持ちですか？
興味はある（参加したい） ・ 興味がない ・ わからない
- ⑥ お住まいの地域の町内会やボランティア活動などに参加されていますか？
ある（具体的に： ） ・ ない
- ⑦ あなたの「趣味」や「お仕事」など地域で活かせるものがありますか？
ある（具体的に： ） ・ わからない
- ⑧ 何かお手伝いできる事や困りごとはありませんか？
ある ・ ない
「ある」とご回答いただいた方は具体的にご記入ください。
()

■事業所記入欄 *以下は記入しないでください。

□ (/) 受領担当者 → □ (/) 本部事務局 → □ (/) 担当支部長

2021.10.19