

組合員入会申込書

鹿児島医療介護福祉ネットワーク協同組合の目的に賛同し、下の通りに入会を申し込みます。

フリガナ			
社名			
フリガナ			
代表者名	⑩		
本社所在地	(〒 -)		
	TEL	FAX	
業種			
設立年月日(西暦)	資本金	職員数	添付書類
例:1970年01月07日	例:3,000千円 千円	(パート・アルバイト・派遣除く) 名	登記簿謄本(写) (全部記載)
事務担当者連絡先	部署・役職	フリガナ	
		担当者指名	
	連絡先所在地(本社所在地と異なる場合のみ記入)		
	(〒 -)		
	TEL	FAX	
出資口数	口(1口1万円以上)		賦課金月額3,500円
振込先	鹿児島相互信用金庫 本店 普通 1357353		
口座名	鹿児島医療介護福祉ネットワーク協同組合 理事長 尾辻 伸朗		

〒890-00828

鹿児島県鹿児島市紫原4丁目4番2号

TEL (099) 210-5099 FAX (099) 210-5139

鹿児島医療介護福祉ネットワーク協同組合