

出資金通帳 無効届け

尼崎医療生活協同組合 御中

出資金通帳の紛失のため、この書面をもって無効を確認します。

太枠内に、組合員本人の氏名をご記入ください。

組 合 員 本 人 氏 名	
---------------	--

太枠内に、この用紙を記入される方の氏名・住所・電話番号及び記入年月日をご記入ください。

氏 名	
住 所	
電 話 番 号	
記 入 年 月 日	年 月 日

組織事務	検印	事務局	担当者

※事業所[]

(事務局保管)●