

**注** 注意① コピーしてお使いください  
注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

コピー FAX送信番号  
FAX 025-201-6117

様式  
**14**

# 会員証再交付申込書

●太枠内  に必要事項をご記入ください

(公財)新潟市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

令和 年 月 日

会員番号 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所名 \_\_\_\_\_

会員氏名 \_\_\_\_\_

下記事由により会員証の再交付を申し込みます。該当する事由欄に○印をつけてください。

	↓ 事 由	説 明
<input type="checkbox"/>	紛失・破損	
<input type="checkbox"/>	氏名の変更	フリガナ .....
<input type="checkbox"/>	そ の 他	

- \* 紛失・破損による再交付には実費300円をいただきます。
- \* 作製までに1週間程度かかります。ご了承ください。
- \* 新しい会員証は事業所の登録住所へ送付いたします。(営業所・支店へ送付希望の場合は別途お申し出ください)