

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

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

会員氏名 _____

事業所名 _____

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"/>	氏名の変更	フリガナ 新・氏名
<input type="checkbox"/>	紛失・破損	*紛失・破損による再交付には実費300円をいただきます。 (紛失 / 破損) したため
<input type="checkbox"/>	そ の 他	

- *作製までに1週間程度かかります。ご了承ください。
- *経年劣化による汚損・カスレの場合、無料交換しますのでお申し込みください。
その際、新しい会員証が届きましたら古い会員証をご返却ください。
- *新しい会員証は事業所の登録住所へ送付します。(営業所・支店へ送付希望の場合は別途お申し出ください)