

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
10

会員入会申込書

(公財)新潟市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所名 _____

事業所番号					
-------	--	--	--	--	--

代表者名 _____ 印

事業所TEL _____

事務担当者名 _____

下記の者が、新潟市勤労者福祉サービスセンターへ入会いたします。

*入会は月単位です。書類到着日の翌月1日からの入会となります。
 なお、月初の採用等で当月入会を希望の方は、5日(必着)までに提出してください。

入会日	令和	年	月	1日	個人番号 (コピー使用欄)				
-----	----	---	---	----	------------------	--	--	--	--

ご本人がご記入ください。ご担当者が代筆される場合は、本人の確認を得てからご提出ください。

フリガナ					入社年月日	昭和	年	月	日		
氏名						平成					
						令和					
生年月日	昭和	年	月	日	性別	男・女	入籍年月日	昭和	年	月	日
	平成							平成			
								令和			
自宅住所	〒 _____										
TEL	(_____)										
家族状況 (④登録できる家族は下記のとおりです。)	フリガナ 氏名	本人との続柄	生年月日	性別	摘要						
	.....		昭・平・令 年 月 日	男・女						
	.....		昭・平・令 年 月 日	男・女						
	.....		昭・平・令 年 月 日	男・女						
	.....		昭・平・令 年 月 日	男・女						
	.....		昭・平・令 年 月 日	男・女						
	.....		昭・平・令 年 月 日	男・女						

*登録できる家族は、配偶者、同居している親・22歳までの子(学生のみ)に限ります。上記以外の方(兄弟姉妹・孫・祖父母など)は利用の対象外となり、同居をしていても登録はできません。
 *個人情報は、コピーのサービスの利用及び共済事務以外には使用しません。

コピー使用欄

事務局長	次 長	次 長	主 査	担 当

※会員入会申込書はB5サイズです。