

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)

ニピイ 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 _____

(フリガナ)
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
↓	紛失・破損	
	氏名の変更	
	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。