

追加加入申込書

コピーしてお使いください

一般財団法人知多地区勤労者福祉サービスセンター理事長 宛

下記のとおり申し込みます。

申込日	事業所番号	代表者印	入会者数
20 年 月 日	事業所名		人

フリガナ 氏 名	生年月日	性別	郵便番号 住 所	職 種
	昭・平・西暦 ・ ・	男・女	〒 -	1. 事業主 2. 役員 3. 家族専従者 4. 従業員 5. パートタイマー
	昭・平・西暦 ・ ・	男・女	〒 -	1. 事業主 2. 役員 3. 家族専従者 4. 従業員 5. パートタイマー
	昭・平・西暦 ・ ・	男・女	〒 -	1. 事業主 2. 役員 3. 家族専従者 4. 従業員 5. パートタイマー
	昭・平・西暦 ・ ・	男・女	〒 -	1. 事業主 2. 役員 3. 家族専従者 4. 従業員 5. パートタイマー
	昭・平・西暦 ・ ・	男・女	〒 -	1. 事業主 2. 役員 3. 家族専従者 4. 従業員 5. パートタイマー
	昭・平・西暦 ・ ・	男・女	〒 -	1. 事業主 2. 役員 3. 家族専従者 4. 従業員 5. パートタイマー
	昭・平・西暦 ・ ・	男・女	〒 -	1. 事業主 2. 役員 3. 家族専従者 4. 従業員 5. パートタイマー
	昭・平・西暦 ・ ・	男・女	〒 -	1. 事業主 2. 役員 3. 家族専従者 4. 従業員 5. パートタイマー
	昭・平・西暦 ・ ・	男・女	〒 -	1. 事業主 2. 役員 3. 家族専従者 4. 従業員 5. パートタイマー
	昭・平・西暦 ・ ・	男・女	〒 -	1. 事業主 2. 役員 3. 家族専従者 4. 従業員 5. パートタイマー

※この名簿は、上記項目と同じ記載があれば、貴事業所の所持する名簿でもお申し込みできます。
ただし、本申込書も申込日・事業所名・事業所番号・入会者数を記入のうえ、代表者印を押印し、同時に提出してください。

サービスセンター受付印
