

FAX 不可

毎月10日必着

年 月 日

受 付

会員追加入会申込書

一般財団法人 熊本市勤労者福祉センター
理 事 長 様

請 求 者	事業所名		事業所番号				
	所在地						
	電話番号					今回の入会者数 人	
	事業主名 (代表者氏名)	(印)					

**※注 入職日にかかわらず事務局に書類が届いた日を基準として処理します。
詳細は下の太枠内をご覧ください。**

No.	会員番号 ※記入不要	氏 名	生 年 月 日	性別 ※任意記載
1		フリガナ	S・H 年 月 日	男 ・ 女
2		フリガナ	S・H 年 月 日	男 ・ 女
3		フリガナ	S・H 年 月 日	男 ・ 女
4		フリガナ	S・H 年 月 日	男 ・ 女
5		フリガナ	S・H 年 月 日	男 ・ 女
6		フリガナ	S・H 年 月 日	男 ・ 女
7		フリガナ	S・H 年 月 日	男 ・ 女
8		フリガナ	S・H 年 月 日	男 ・ 女
9		フリガナ	S・H 年 月 日	男 ・ 女
10		フリガナ	S・H 年 月 日	男 ・ 女

**※毎月10日必着分は当月 1 日入会、11日以降到着分は翌月 1 日入会とします。
※届出は郵送(〒860-0862熊本市中央区黒髪3-3-12) または窓口へ (FAX 不可)**