

FAX不可
(届出は郵送または窓口へ)

毎月10日必着

年 月 日

会員追加入会申込書

受 付

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		
	事業主名 (代表者氏名)						人		

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

※注
 入職は下日にか
 詳細は太基
 届はた日
 のを
 下日にか
 のを
 太基
 枠内を
 をご
 覧く
 ださ
 さい。
 事務
 局に
 書類
 が

※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。
 ※届出は郵送または窓口へ (FAX 不可)