コピーしてお使いください

FAX でもご提出いただけます。(FAX 048-524-6657)

(一)大里地域勤労者福祉サービスセンター

新規・追加

入会申込書 兼 会員カード

会員番号			

ふりがな			昭 平 令	年 月 日
氏名			昭 平 令	年 月 日
生年月日	昭 平	年 月 日		
住所	〒 () () () FAX () () ()			
氏名 続柄 生年月日	1	大・昭・平・令	年 月 日	携帯番号 () () () () () () (本人・配偶者)
	2	大・昭・平・令	年 月 日	
	3	大・昭・平・令	年 月 日	
	4	大・昭・平・令	年 月 日	
	5	大・昭・平・令	年 月 日	
	6	大・昭・平・令	年 月 日	
	<p>【記入に当たっての注意事項】</p> <p>◎家族欄は、利用する資格のある同居する配偶者、子、父母、義父母を記入してください。</p> <p>◎記載事項については、サービスセンター事務以外には、一切使用いたしません。</p>			

※太枠内のみご記入ください。

事務局使用欄

受付者	担当者	合議	事業部長	管理部長	事務局長