



※A4サイズに拡大コピーしてお使いください。  
FAXでも受け付けます。



提出日 令和 年 月 日

## 入会申込書 (会員用)

※太線内のみご記入ください。

一般財団法人 両毛地区勤労者福祉共済会理事長 様

令和 年 月 入会を希望いたします

事業所番号				会員番号			

※追加入会の場合は事業所番号を記入してください。

申 込 者	フリガナ				性 別
	氏 名				男 ・ 女
	生年月日	昭和・平成	年	月	
住 所	〒	□□□□	-	□□□□	TEL( ) - 携帯( ) -
同 居 家 族	氏 名	続 柄	生 年 月 日		性 別
			大・昭・平・令 年 月 日		男 ・ 女
			大・昭・平・令 年 月 日		男 ・ 女
			大・昭・平・令 年 月 日		男 ・ 女
			大・昭・平・令 年 月 日		男 ・ 女
			大・昭・平・令 年 月 日		男 ・ 女

事業主証明欄(必須)	両毛メート処理欄		入会 年 月
上記のとおり相違ないことを証明します。  令和 年 月 日  事業所名 及び 代表者名	入力	担当課	受付印
Ⓜ	事務局長	常務理事	

◎この情報は、一般財団法人 両毛地区勤労者福祉共済会の業務に関するもの以外には使用しません。