

**注** 注意① コピーしてお使いください  
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

二ピイ FAX送信番号  
**FAX 025-201-6117**

様式  
**10**

# 会員入会申込書

(公財)新潟市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号					
-------	--	--	--	--	--

事業所名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

事務担当者名 \_\_\_\_\_

下記の者が、新潟市勤労者福祉サービスセンターへ入会いたします。

\*入会は月単位です。書類到着日の翌月1日からの入会となります。  
 なお、月初の採用等で当月入会を希望の方は、5日(必着)までに提出してください。

入会日	年	月	1日	個人番号 (コピー使用欄)				
-----	---	---	----	------------------	--	--	--	--

ご本人がご記入ください。ご担当者が代筆される場合は、本人の確認を得てからご提出ください。

フリガナ							
氏名				入社年月日	昭和 平成	年 月 日	
生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別	男・女	入籍年月日	昭和 平成	年 月 日
自宅住所	〒						
T E L	( )						

家族状況 (注)登録できる家族は下記のとおりです。	フリガナ 氏名	本人との続柄	生年月日	性別	摘要
	.....		大・昭・平 年 月 日	男・女	
	.....		大・昭・平 年 月 日	男・女	
	.....		大・昭・平 年 月 日	男・女	
	.....		大・昭・平 年 月 日	男・女	
	.....		大・昭・平 年 月 日	男・女	
	.....		大・昭・平 年 月 日	男・女	
	.....		大・昭・平 年 月 日	男・女	

\*登録できる家族は、配偶者、同居している親・22歳までの子(未就学児及び学生のみ)に限ります。  
 上記以外の方(兄弟姉妹・孫・祖父母など)は、利用の対象外となりますので、同居をしても登録はできません。  
 \*個人情報、二ピイのサービスの利用及び共済事務以外には使用いたしません。

二ピイ使用欄

事務局長	次長	係長	担当

※会員入会申込書はB5サイズです。