

**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)

コピー 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

事業所名 \_\_\_\_\_

事業所番号					
-------	--	--	--	--	--

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

事業所TEL \_\_\_\_\_

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	令和	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 令和	年 月 日
生年月日	昭和 平成	年 月 日	入籍年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
自宅住所	〒				
TEL	( )				
登録家族 (登録できる家族は下のとおりです。)	フリガナ 氏名	本人との続柄	生年月日	摘要	
	.....	配・親・子	昭・平・令 年 月 日		
	.....	配・親・子	昭・平・令 年 月 日		
	.....	配・親・子	昭・平・令 年 月 日		
	.....	配・親・子	昭・平・令 年 月 日		
	.....	配・親・子	昭・平・令 年 月 日		
	.....	配・親・子	昭・平・令 年 月 日		

\* 個人情報は、コピーのサービスの利用及び共済事務以外には使用しません。

※会員入会申込書はB5サイズです。

- 登録家族
- 配偶者(同居・別居問わず)
  - 同居の親
  - 同居の働いていない22歳までの子(未就学児～学生のみ)

登録できない方

- 同居していない親
- 兄弟・姉妹
- 働いている子
- 23歳以上の子
- 祖父母
- 孫
- 友人