

(公財)東村山市勤労者福祉サービスセンター加入申込書

○ 新規
○ 追加

事業所番号			

平成 年 月 日

(公財)東村山市勤労者福祉
サービスセンター理事長 様

事業所名 _____

業 種 _____

所 在 地 _____

TEL _____ FAX _____

代表者名 _____
(個人氏名) _____ 印

(公財)東村山市勤労者福祉サービスセンターに入会を申し込みます。

番 号	フリガナ 氏 名	性別	生年月日	自 宅 住 所	自宅電話番号
	男 女	大 昭 平 . .		
	男 女	大 昭 平 . .		
	男 女	大 昭 平 . .		
	男 女	大 昭 平 . .		
	男 女	大 昭 平 . .		
	男 女	大 昭 平 . .		
	男 女	大 昭 平 . .		
	男 女	大 昭 平 . .		
	男 女	大 昭 平 . .		
	男 女	大 昭 平 . .		

※入会にあたり、1人につき入会金500円、会費月額400円を添えて申し込みます。

		事務局長	主 査	係
--	--	------	-----	---

受付日	受付者
-----	-----

入力日
