（公財）東村山市勤労者福祉サービスセンター加入申込書

事業所番号					

○ 新　規
○ 追　加

入会日：令和　　年　　月　　日

公益財団法人東村山市勤労者福祉サービスセンター　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・住所・電話番号			
		男・女	生年月日	S・H　年　月　日	電話番号	
			住　所			
		男・女	生年月日	S・H　年　月　日	電話番号	
			住　所			
		男・女	生年月日	S・H　年　月　日	電話番号	
			住　所			
		男・女	生年月日	S・H　年　月　日	電話番号	
			住　所			
		男・女	生年月日	S・H　年　月　日	電話番号	
			住　所			
		男・女	生年月日	S・H　年　月　日	電話番号	
			住　所			
		男・女	生年月日	S・H　年　月　日	電話番号	
			住　所			
		男・女	生年月日	S・H　年　月　日	電話番号	
			住　所			
		男・女	生年月日	S・H　年　月　日	電話番号	
			住　所			
		男・女	生年月日	S・H　年　月　日	電話番号	
			住　所			

※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

番　号			フリガナ 氏　　名	性別	生年月日・住所・電話番号			
				男 ・ 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日	電話番号	
					住　　所			
				男 ・ 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日	電話番号	
					住　　所			
				男 ・ 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日	電話番号	
					住　　所			
				男 ・ 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日	電話番号	
					住　　所			
				男 ・ 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日	電話番号	
					住　　所			
				男 ・ 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日	電話番号	
					住　　所			
				男 ・ 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日	電話番号	
					住　　所			
				男 ・ 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日	電話番号	
					住　　所			
				男 ・ 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日	電話番号	
					住　　所			
				男 ・ 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日	電話番号	
					住　　所			
				男 ・ 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日	電話番号	
					住　　所			
				男 ・ 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日	電話番号	
					住　　所			
				男 ・ 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日	電話番号	
					住　　所			
				男 ・ 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日	電話番号	
					住　　所			
				男 ・ 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日	電話番号	
					住　　所			
				男 ・ 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日	電話番号	
					住　　所			
				男 ・ 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日	電話番号	
					住　　所			
				男 ・ 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日	電話番号	
					住　　所			
				男 ・ 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日	電話番号	
					住　　所			
				男 ・ 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日	電話番号	
					住　　所			
				男 ・ 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日	電話番号	
					住　　所			
				男 ・ 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日	電話番号	
					住　　所			
				男 ・ 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日	電話番号	
					住　　所			