

※入会年月日		※事業所番号	
--------	--	--------	--

岩見沢市勤労者共済会入会申込書

令和 年 月 日

岩見沢市勤労者共済会理事長 様

事業所名 _____

共済契約代表者 _____ (印)

岩見沢市勤労者共済会に入会したいので次のとおり申し込みます。

ふりがな			
事業所名			
所在地	〒 —		
	TEL	— —	FAX — —
	メール		
共済契約代表者名	役職	氏名	
創立年月日	年 月 日		
代議員氏名			
入会会員数	男 人	女 人	合計 人
当会からの会報の情報提供方法	(いずれかに○印してください) メール ・ FAX ・ 郵送		
備考			

- 1 ※は記入しないでください。
- 2 共済契約代表者は、原則として事業主です。
- 3 代議員は1名記入してください。(事業主でも可)
- 4 会員名簿(様式第2号)及び会員台帳(会員カード)(様式第3号)を添付してください。