

多摩市勤労者市民共済会加入申込書

年 月 日

多摩市勤労者市民共済会会長 殿

事業所名 (株) ○ △ 商 事

代表者氏名 代表取締役 共 済 太 郎 印

所在地 多摩市○○○ △-△△-△

電話番号 042-×××-××××

FAX 番号 042-×××-××××

メールアドレス △△△@○○○.×××.jp

ホームページ https://○○○.×××

業 種 製造業(医療用品)

多摩市勤労者市民共済会に加入したいので、必要書類を添えて申し込み致します。

本申込みに関する個人情報(給付事業等、共済会事業及びこれに付随する業務の目的のために利用すること)に同意します。

個人番号		氏 名	性別	生年月日			備 考
事業主・従業員の入会する方の氏名をご記入下さい	フリガナ	キョウサイ タロウ	男・女	年	月	日	
	共 済 太 郎		男・女	〇〇	△	△△	
	フリガナ	シミン ジロウ	男・女	年	月	日	
	市 民 次 郎		男・女	〇〇	△	△△	
	フリガナ	タマ ハナコ	男・女	年	月	日	
	多 摩 花 子		男・女	〇〇	△	△△	
	フリガナ		男・女	年	月	日	
フリガナ		男・女	年	月	日		
フリガナ		男・女	年	月	日		
フリガナ		男・女	年	月	日		
フリガナ		男・女	年	月	日		

(注) 1. 必ず黒のボールペンまたは黒のインクでご記入下さい。

2. 氏名には必ず「フリガナ」を付けて下さい。

3. 事務局に提出された翌月が入会月になります。

4. 新規ご入会事業所のみ代表者印の押印が必要です。

事務局記載欄

受付日	データ入力