（別記様式第２号）

※申込みは、郵送または直接窓口にお願いします。

会員番号

公益財団法人　長岡市勤労者福祉サービスセンター

入会申込書 兼 会員カード

会員	フリガナ		結婚年月日	年　月　日
	氏名	㊞　男・女	入社年月日	年　月　日
	住所	〒　電話　（　）	入会申込みにおける個人情報を、公益財団法人長岡市勤労者福祉サービスセンターが行う福利厚生事業の目的のために利用することに同意し、貴センターへの入会を申し込みます。 年　月　日	
	生年月日	年　月　日	利用資格の範囲 会員とその同居の家族 会員本人とその同居している配偶者、親及び扶養している子（学生や収入のない方）に限ります。 ただし、単身赴任者については、自宅の該当家族を同居と見なします。	

同居の家族	氏名	続柄	生年月日
			年　月　日
			年　月　日
			年　月　日
			年　月　日
			年　月　日
			年　月　日
			年　月　日
			年　月　日
			年　月　日

事業所名		受付印	
入会年月日	年　月　日		
退会年月日	年　月　日		

局長	課長	担当

（注）※太枠の中のみボールペンで記入し、押印してください。
※1日付で入会される場合は、前月25日（到着分）までに提出してください。（25日が土・日・祝日の場合はその翌日）