

※申込みは、郵送または直接窓口にお問い合わせください。

# 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 番 号					
---------	--	--	--	--	--

フリガナ	_____					昭・平	年	月	日
氏 名	_____ (印) _____					昭・平	年	月	日
住 所	〒 _____ 電話 _____ ( ) _____					入会申込みにおける個人情報、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。			
生年月日	大・昭・平	年	月	日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
同 居 の 家 族	氏 名	続柄	生 年 月 日	大・昭・平	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。	
				大・昭・平	年	月	日	同居	
				大・昭・平	年	月	日	同居	
				大・昭・平	年	月	日	同居	
				大・昭・平	年	月	日	同居	
				大・昭・平	年	月	日	同居	
				大・昭・平	年	月	日	同居	
				大・昭・平	年	月	日	同居	
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)