

本契約に関する個人情報、共済締結・維持管理、共済金の支払いなどの判断に関する業務の目的のために利用されることに同意します。

企業名	※事業所番号

会員カード

※会 員 番 号	
※入 会 年 月 日	年 月 日

本 人 の 状 況	ふりがな			男 女
	氏 名			
	※改 姓			
	生年月日	大 昭 平 年 月 日生		
	現 住 所			
	※ 移 転 住 所			
	就 職 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	従 事 業 務	
※ 摘 要				

同 居 家 族 の 状 況	続柄	氏 名	生年月日	職 業
			大 昭 平 年 月 日	
			大 昭 平 年 月 日	
			大 昭 平 年 月 日	
			大 昭 平 年 月 日	
			大 昭 平 年 月 日	
			大 昭 平 年 月 日	

(お願い)※印欄及び裏面は記入しないで下さい。

名 寄 市 勤 労 者 共 済 会