

入 会 申 込 書

平成 年 月 日

フリガナ			
氏 名			印
自宅住所	〒		TEL
			FAX
			携帯
会社名（有れば）			TEL
会社住所	〒		FAX
職 種	（具体的にご記入下さい）		
所属・紹介者			

特別加入予定者

フリガナ 氏 名	続 柄	作 業 内 容	希 望 給 付 日 額
	本人		

- (1) 運転免許証のコピーをファックスして下さい
- (2) 日額が16,000円以上を希望する場合は直前の確定申告書をご用意下さい。
- (3) 粉じん作業・振動工具使用の業務・鉛業務・有機溶剤（塗装）の従事者は健康診断が必要ですので、申し込み受理後、労働基準監督署より受診のご案内を致します。受診後審査の結果により加入できないことも有ります。

FAX 0798-36-4304