

FAX可 097-548-5505 (FAX送信後、確認の電話をお願いいたします。)

月入会 希望
-----------

# 入 会 申 込 書

年 月 日

一般財団法人 おおいた勤労者サービスセンター 御中

下記のとおり、入会を申し込みます。  
 なお、入会申込に関する情報が慶弔給付金の支払い、各種事業の参加資格などの判断に関する業務の目的に利用されることに同意します。

会員番号	-	事業所名			
フリガナ				性別	男・女
会員氏名					
会員住所	〒 -				
TEL	- -	生年月日	S・H・R	年	月 日
入社年月日	S・H・R	年	月	日	結婚年月日 <small>※家族欄配偶者の登録必須</small>
	S・H・R	年	月	日	S・H・R
					年 月 日

## 同居している家族 (登録家族)

	氏 名	生年月日	性別	続 柄
1	フリガナ	T・S・H・R	男・女	配偶者・子・父母
	-----	年 月 日		
2	フリガナ	T・S・H・R	男・女	配偶者・子・父母
	-----	年 月 日		
3	フリガナ	T・S・H・R	男・女	配偶者・子・父母
	-----	年 月 日		
4	フリガナ	T・S・H・R	男・女	配偶者・子・父母
	-----	年 月 日		
5	フリガナ	T・S・H・R	男・女	配偶者・子・父母
	-----	年 月 日		

- \* 太枠の中をご記入下さい。
- \* 締切日：金融機関による引落日(毎月25日・休日の場合は翌営業日)の8営業日前翌月から資格発生。  
上記以降に入会手続きを完了した場合は翌々月からの資格発生となります。
- \* 記入いただいた情報をもとに、慶弔給付金のお知らせをします。  
記入がない場合は、センターから通知が届きませんので、ご自身で該当月に申請をいただくことになります。
- \* 登録家族の範囲は、会員と同居する父母・配偶者・子です。  
(祖父母・孫・兄弟は対象外)

センター使用欄	
受付	年 月 日
入力	年 月 日
会員証	年 月 日