

# 会 員 入 会 届

一般財団法人長野市勤労者共済会  
理事長 様

P. /

事業所コード	
--------	--

事業所住所

事業所名

代表者名

印

T E L

共済会記入欄									
入会年月日									
令和			年			月			日

※ 太線内のみ、ボールペンで記入してください。

会員番号	フリガナ		性別	生	年	月	日	入社	年	月	日
	氏名		1.男 2.女	3.昭 4.平 5.令				3.昭 4.平 5.令			
	住所	〒 -	TEL ( )								
会員番号	フリガナ		性別	生	年	月	日	入社	年	月	日
	氏名		1.男 2.女	3.昭 4.平 5.令				3.昭 4.平 5.令			
	住所	〒 -	TEL ( )								
会員番号	フリガナ		性別	生	年	月	日	入社	年	月	日
	氏名		1.男 2.女	3.昭 4.平 5.令				3.昭 4.平 5.令			
	住所	〒 -	TEL ( )								
会員番号	フリガナ		性別	生	年	月	日	入社	年	月	日
	氏名		1.男 2.女	3.昭 4.平 5.令				3.昭 4.平 5.令			
	住所	〒 -	TEL ( )								
会員番号	フリガナ		性別	生	年	月	日	入社	年	月	日
	氏名		1.男 2.女	3.昭 4.平 5.令				3.昭 4.平 5.令			
	住所	〒 -	TEL ( )								

※記入上の注意 ・ フリガナの姓と名は、1マス空けてください。  
 ・ 性別、年号等は、該当番号に○印を付けてください。  
 ※ 捺印等を再度ご確認の上、郵送または窓口へ  
 ※ ご記入いただいた個人情報は、貴殿に対する会員サービスのみ利用します。

共済会記入欄  
 入力

--