

一般社団法人山形勤労者福祉サービスセンター会員名簿

事業所・団体等の名称

(※事業所番号)

印

※欄は記入しないで下さい。

会員の代表者名

(代表者個人印・シャチハタ不可)

(※慶弔共済給付適用 年 月 日以降)

(※会員番号)	フリガナ 氏名	性別	生年月日	年齢	住所	(※備考)
※		男女	S H . .	歳	〒 TEL ()	
※		男女	S H . .	歳	〒 TEL ()	
※		男女	S H . .	歳	〒 TEL ()	
※		男女	S H . .	歳	〒 TEL ()	
※		男女	S H . .	歳	〒 TEL ()	
※		男女	S H . .	歳	〒 TEL ()	
※		男女	S H . .	歳	〒 TEL ()	
※		男女	S H . .	歳	〒 TEL ()	
※		男女	S H . .	歳	〒 TEL ()	
※		男女	S H . .	歳	〒 TEL ()	

※ご記入いただいた個人情報は、本制度運営のため、その事務に必要なとされる範囲内において使用させていただきます。