

会 員 カ ー ド

公益財団法人 新発田市勤労者福祉サービスセンター

会 員 番 号	記入しないでください。

会 員	フリガナ								
	氏 名 (生年月日)	(S ・ H 年 月 日生)(男 ・ 女)							
住 所	〒	—	☎()	—					
	結婚年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	入社年月日	昭和・平成・令和	年	月
同 居 家 族	続柄	氏 名	生 年 月 日	続柄	氏 名	生 年 月 日			
	配偶者		S・H・R 年 月 日 男・女			S・H・R 年 月 日 男・女			
			S・H・R 年 月 日 男・女			S・H・R 年 月 日 男・女			
			S・H・R 年 月 日 男・女			S・H・R 年 月 日 男・女			
			S・H・R 年 月 日 男・女			S・H・R 年 月 日 男・女			

※各項目すべてご記入ください。記入もれがありますと、共済給付金の支給対象とならない場合があります。
 ※続柄には、長男・長女などご記入下さい。 ※「会員 入会・追加届」も同時に提出してください。

会員の皆様の情報につきましては個人情報保護法にもとづく管理をおこない、適正な取り扱いをし、センター事業目的のみに利用します。