

年 月 日

事業所加入届

泉佐野市勤労者福祉共済サービスセンター会長 宛

泉佐野市勤労者福祉共済サービスセンターに加入したいので、申込みをします。

事業所名	フリガナ		
所在地	〒		
事業主名	役職名		
	フリガナ		
共済センター事務担当者	所属課		
	氏名	フリガナ	
電話番号		内線	
主な業種			
従業員数 ()はパート数	男	人 ()	備考
	女	人 ()	
	計	人 ()	
加入年月日	年 月1日		

共済センター記入欄

事業所コード

退会年月日

受付印