コピーしてお使いください

会員番号	記入しないでください。

会員カード

財団法人　新発田市勤労者福祉サービスセンター

会員	フリガナ			
	氏名 (生年月日)	(S・H　年　月　日生)(男・女)		
	住所	〒　－　☎(　　)　－ 市 町村		
	結婚年月日	昭和・平成　年　月　日	入社年月日	昭和・平成　年　月　日

同居家族	続柄	氏名	生年月日	続柄	氏名	生年月日
	本人		T・S・H　年　月　日　男・女			T・S・H　年　月　日　男・女
	配偶者		T・S・H　年　月　日　男・女			T・S・H　年　月　日　男・女
			T・S・H　年　月　日　男・女			T・S・H　年　月　日　男・女
			T・S・H　年　月　日　男・女			T・S・H　年　月　日　男・女
			T・S・H　年　月　日　男・女			T・S・H　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・長女などとご記入下さい。

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、センターの事業の目的のみに利用します。