

受付目付印

茨城県民間社会福祉事業従事者互助会 様

[illegible]

1. 加入

職員番号	氏 名	生年月日	性別	職 種	加入年月日	申込日における 本俸月額	会員の 認 印	備 考
		H S T 年 月 日	1 = 男 2 = 女		年 月 日			
住所 郵便番号 県 郡 市 町 村 番地 電話 ()								
銀行名	店番	支店名	普 ・ 当	口座番号	名 義			
					(フリガナ)			

2. 異動

氏 名		異動事項	異動後引継ぎ年月日	年 月 日	新	加入施設団体番号								名 称	職員場番号				
						年 月 日	旧												
			異動時 年月日	年 月 日															

会 員 家 族 届

家				族		
本人との 続 柄	氏名	性別	生年月日	互助会加入 有 無	施設・団体名	施設・団体番号
		1＝男 2＝女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1＝男 2＝女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1＝男 2＝女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1＝男 2＝女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1＝男 2＝女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1＝男 2＝女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1＝男 2＝女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1＝男 2＝女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1＝男 2＝女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1＝男 2＝女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1＝男 2＝女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1＝男 2＝女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1＝男 2＝女	R・H S・T 年 月 日	有 無		

註 ・家族欄には、会員の配偶者、親と子、配偶者の親について記入して下さい。
 ・1部控とし、本会へ1部提出して下さい。

台帳記入 年 月 日	年 月 日	係員 ㊟
---------------	-------	---