

## 加入申込書

		会員番号	K・A (Oを付す)	
所属所名				
ふりがな		男・女		
氏名				
生年月日	昭和 平成 年 月 日			
採用年月日	令和 年 月 日			
被扶養者 氏名		続柄( )	年 月 日生	
		続柄( )	年 月 日生	
		続柄( )	年 月 日生	
		続柄( )	年 月 日生	
<p>令和 年 月 日をもって石川県教職員互助会に加入したいので申し込みます。 加入のうへは規約・規程を遵守することを誓約いたします。</p> <p>一般財団法人石川県教職員互助会理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p>自宅住所 電話番号 職名 ふりがな 氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。			所属所受付印	
令和 年 月 日				
所属所名 所属所長 職氏名			印	
上記加入を承認する				
承認年月日		令和 年 月 日		

※ 氏名を自署する場合は押印不要

※ 市町費支弁職員、その他