

加入申込書

		会 員 番 号	K・A (○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>				
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所属所名 所属所長 職氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>			所属所受付印	
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