

入 会 申 込 書

九州地区一人親方福祉共済会 御中

九州地区一人親方福祉共済会の会員として入会致したく
入会金、並びに会費を添えて申し込み致します。

令和 年 月 日

フリガナ

氏 名 _____ ⑩ 男・女

生 年 月 日 年 月 日

続 柄 (親子・夫婦・兄弟で加入している方)

住 所 〒 _____

電 話 番 号 ()

携 帯 電 話 ()

業 種 _____

希望給付基礎日額 _____ 円