

# 会員カード

入会年月日: 年 月 日

会 員 番 号							

会 員	フリガナ											男・女	未婚・既婚	事業所名								
	氏名																					
	生年月日	昭・平・令 年 月 日																				
	郵便番号	〒 -		電話番号	( ) -		入社年月日	昭・平・令 年 月 日														
住 所											結婚年月日	昭・平・令 年 月 日										
											職務内容	1. 事業主 2. 役員 3. 兼務役員 4. 家族専従者 5. 常勤従業員 6. パート 7. その他( )										
家 族 構 成	続柄	フリガナ										生 年 月 日	性 別	備 考								
	※該当に○	氏 名																				
	配偶者・子親・兄弟姉妹孫・祖父母他( )											昭・平・令 年 月 日	男・女									
	配偶者・子親・兄弟姉妹孫・祖父母他( )											昭・平・令 年 月 日	男・女									
	配偶者・子親・兄弟姉妹孫・祖父母他( )											昭・平・令 年 月 日	男・女									
	配偶者・子親・兄弟姉妹孫・祖父母他( )											昭・平・令 年 月 日	男・女									
	配偶者・子親・兄弟姉妹孫・祖父母他( )											昭・平・令 年 月 日	男・女									

本人を除く、同居のご家族をご記入ください。

(注)太線の中を記入してください。

【個人情報の取扱いについて】この様式により提出された個人情報は、第三者へ提供されることはありません。ただし、①給付金給付事業における給付金給付申請書 ②余暇活動事業参加者の保険(共済)加入及び給付申請 ③委託事業者が必要な場合等においては、第三者に提供されます。

会員の同意 ①・②・③の手続き等において必要な場合は、個人情報の第三者への提供については同意します。  
その他、第三者への情報提供が必要となった場合には、別途連絡します。

受付年月日
. .