企　業　カ　ー　ド

※印欄には記入しないでください。

フリガナ		※　加　入　年　月　日	※加入者番号
企業名		令和　　年　　月　　日	
業種区分	01　建設業　02　製造業　03　運輸・通信業　04　卸・小売業 05　金融・保険業　06　不動産業　07　サービス業　09　吹田市 99　その他（事業内容：　　）		
所在地	〒□□□－□□□□ 吹田市		

代表者	フリガナ		電話番号	（　　）
			ＦＡＸ番号	（　　）
	氏名		資本金	01　5,000 万円以下　02　10,000 万円以下 03　30,000 万円以下　04　30,000 万円以上
企業全従業員数（注）		人		
事務担当者	（所属）		（氏名）	
被共済者数		人	掛金負担	事業主（　　）円，被共済者（　　）円
備考				

（注意）常時勤務に服することを要しない者および期間を定めて雇用された者を除く。

※　本共済で収集した個人情報は、吹田市勤労者福祉共済事業の目的以外には使用しません。