

吹田市勤労者福祉共済加入申込書

令和 年 月 日

吹 田 市 長 あて

所 在 地 吹田市

企 業 名

代表者氏名

㊞

↑ 自署の場合は押印不要

担当課（者）

電 話 番 号

（ ）

吹田市勤労者福祉共済に加入したいので、企業カード・被共済者名簿・被共済者カードを添えて申し込みます。

加入希望年月日 令和 年 月 日

加入対象従業員数 人

※ 加入者番号

--	--	--	--	--

※印については記入しないでください。

※ 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。