

公益財団法人船橋市勤労者福祉サービスセンター 入会申込書兼事業所カード

事業所番号		入会月	西暦	年	月
-------	--	-----	----	---	---

※太字部分のみご記入ください。

会	フリガナ				役職名				
	事業所名				代表者名				
員	所在地	〒	-	(フリガナ)	電話番号	- -			
					FAX番号	- -			
業 種	<input type="checkbox"/>	1	建	設	業	E-Mail			
	<input type="checkbox"/>	2	製	造	業				
	<input type="checkbox"/>	3	運	輸	通	信	事業内容		
	<input type="checkbox"/>	4	飲	食	業	・			卸
	<input type="checkbox"/>	5	金	融	保	険	従業員数		
	<input type="checkbox"/>	6	不	動	産				
	<input type="checkbox"/>	7	サ	ー	ビ	ス	休業日		
	<input type="checkbox"/>	8	そ	の	他				

【個人情報の取り扱いについて】

■公益財団法人船橋市中小企業勤労者福祉サービスセンターでは、会員の皆様の個人情報については、会員の皆様に福利厚生サービスを提供するためのみに利用し、それ以外の目的には利用しません。

公益財団法人船橋市中小企業勤労者福祉サービスセンター 理事長 あて

上記の通り、公益財団法人船橋市中小企業勤労者福祉サービスセンターに入会を申し込みます。

年 月 日

事業所名 _____

代表者名 _____

印

収 受 印