

所沢市中小企業勤労者福祉サービスセンター

## 会員家族登録カード

年 月 日

所沢市中小企業勤労者福祉サービスセンター理事長 宛

会員番号       -

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

下記の通り、同居家族の登録を申し込みます。

No	フリガナ 氏 名	性別	続柄	生 年 月 日 (※西暦でも可。)	確認
1				大正・昭和・平成 年 月 日	
2				大正・昭和・平成 年 月 日	
3				大正・昭和・平成 年 月 日	
4				大正・昭和・平成 年 月 日	
5				大正・昭和・平成 年 月 日	
6				大正・昭和・平成 年 月 日	

※記載事項については、サービスセンターの業務以外には一切使用いたしません。

※ご登録は同居のご家族のみになります。登録時には氏名・生年月日・同居の確認をさせていただきますので、保険証等（住所記載要）のご提示をお願いいたします。（郵送された場合は添付された保険証等の写しは、確認後責任を持って破棄いたします。）

	受 付	入 力
処 理	月/日 扱者	
	/	