



兵庫県中小企業 従業員共済事業 加入申込書

年 月 日

(公財)兵庫県勤労福祉協会 理事長 様

--	--	--	--	--	--	--	--

事業所
所在地 _____

TEL() - _____

FAX() - _____

事業所名 _____

申込者
代表者氏名 _____ 印

公益財団法人兵庫県勤労福祉協会の定める兵庫県中小企業従業員共済事業を承知の上、当該事業に加入したいので、事業所カード、会員・家族会員登録票を添えて申し込みます。

記

1 会 員 数 _____ 人

2 加入希望年月日 年 月 日