

FAX: 042-720-2242

Machida Employee's Welfare Service Center

事業所会員入会申込書

一般財団法人 町田市勤労者福祉サービスセンター 理事長 様

下記の注意事項を了解し、入会資格を有しているので入会を申込みます。

1. 注意事項

(1) 次のいずれかに該当する場合は入会できません。

- ① 6か月未満の期間を定めて雇用されている方
- ② 季節的業務に雇用されている方
- ③ 入会時において、入院加療中の方

(2) 虚偽その他不正行為によりセンターに著しい不利益を与えた場合、退会処理をいたします。

(3) 慶弔見舞給付金は、**入会月の翌月**から発生した事由が対象となります。ただし、入会月を含む在会月数が同一事業所で6か月を越えた後、申請できます。

2. 個人情報について

個人情報は、目的(福利厚生サービスの改善や各種統計)達成のための必要最小限の情報を収集し、「一般財団法人町田市勤労者福祉サービスセンター個人情報保護規程」等に基づき管理いたします。

3. 入会手続きについて

「入会の手引き」またはお電話にてご確認ください。

「個人情報保護規程」「入会の手引き」はホームページ(<http://www.salviatown.com>)にあります。

入会希望月	月	※当月からの入会を希望される場合、当月中にご入金が可能であれば受付します。その場合、当月20日頃までに書類の提出をお願いします。
退会者	有	※退会の方がいらっしゃる場合、○をつけてください。

【加入事業所間の会員異動】

同じグループの別の加入事業所から異動でこられた場合、原則入会金は請求いたしません。手続きは、異動元の事業所から「異動届」をご提出いただけます。

事業所番号	事業所名	ご担当者 (ご記入者)
No.	フリガナ 氏名	性別
1	昭和 平成	年
2	昭和 平成	年
3	昭和 平成	年
4	昭和 平成	年
5	昭和 平成	年
お住まいの市町村		都 県
		市 町 村
		会 員 番 号 (事務局 記入欄)

※6名以上ご入会される場合は、この用紙をコピーしてご記入ください。

入会日 (事務局 記入欄)	年 月 日	入会相	円× 人= 円× 人= 円× 人=	円 円 円	事務局記入欄 ※記入不要			
				係		主査	事務局次長	事務局長
会員入力日		請求書発行日		決裁年月日		年 月 日		