

大阪医労連個人加盟申込書

大阪医療労働組合連合会
執行委員長 殿

貴連合会の規約を認め、加入を申し込みます。

加入者名	印
加入年月日	年 月 日
納入金額	_____円 (年 月分～ 年 月分)

組 合 員 名 簿

ふりがな 氏 名	
性 別 男・女	生年月日 年 月 日生
自宅住所 〒 -	
電話番号	携帯番号
E-mail	PC・携帯
勤務先住所 〒 -	
勤務先電話番号	職種
職場名	雇用形態 常勤・パート・他()
連絡方法	日中連絡先 携帯・自宅・勤務先 郵便物 自宅・職場
備考	