福島県社会保険労務士政治連盟入会申込書

様式　1

フリガナ 氏　　名		生年月日	昭和 年　月　日 平成	男 女
住　　所	〒 電話番号　（　　）　　FAX番号　（　　）			
事務所または勤務先の名称				
同上所在地	〒 電話番号　（　　）　　FAX番号　（　　）			
機関紙送付先	1　自　宅　　2　事務所　　3　勤務先			

私は、貴政治連盟の趣旨に賛同し入会を申し込みます。

令和　　年　　月　　日

福島県社会保険労務士政治連盟会長　殿

氏　　名　　印

※　以下記載不要

社会保険労務士登録番号	第　　号		
入会年月日	年　月　日	会員番号	第　　号
備　　考			