

大阪府社会保険労務士政治連盟 会長 殿

大阪府社会保険労務士政治連盟入会届

※□及び住所・氏名等を記入してください。

私は、大阪府社会保険労務士政治連盟の趣旨に賛同し、令和 年 月から貴連盟に入会致します。

次年度からの政治連盟会費（年間6,000円）は、私が本会会費自動引落納付申出書に記入した口座から引落されることについて同意します。

（ 政治連盟会費については、納入期限までに自主納付することを希望します。）

住所(自宅) _____

会報等送付先 _____

電話番号 _____

メールアドレス _____

氏 名 _____

※取得した個人情報は当連盟規約に定められた目的以外には一切使用しません

今回入会されない方については、□を入れ、理由をお書きください。住所・氏名のご記入もお願いします。

私は、大阪府社会保険労務士政治連盟に入会しません。

○入会しない理由をご記入ください。

[]

住所(自宅) _____

氏 名 _____

※取得した個人情報は当連盟規約に定められた目的以外には一切使用しません

事務局使用欄

入会日	PC処理日	口座情報 入力処理日	会費設定 個別入力処理日	会員番号
/	/	/	/	