

東京パートナーズ 入会申込書

FAX送信先 **03-5784-0121** ※運転免許証のコピーと一緒にFAXしてください

私は、東京パートナーズの設立趣旨に賛同し、入会申し込み及び労災保険の特別加入を申し込みします。

フリガナ		性別
法人名または個人名 (屋号)	(印)	男・女
住所	〒 東京都・神奈川県・千葉県・埼玉県	
生年月日	昭和 平成 年 月 日生	
電話番号	()	
FAX 番号	()	
具体的な業務内容		
休憩時間	: ~ : / : ~ : / : ~ :	
粉塵作業を行う業務	なし・あり→ 年 月頃 ~ 年 月頃	
身体に振動を行う業務	なし・あり→ 年 月頃 ~ 年 月頃	
鉛業務	なし・あり→ 年 月頃 ~ 年 月頃	
有機溶剤業務	なし・あり→ 年 月頃 ~ 年 月頃	
特別加入する希望の 給付基礎日額 (いずれかに○をつけて ください)	3,500円 ・ 4,000円 ・ 5,000円 ・ 6,000円 ・ 7,000円	
	8,000円 ・ 9,000円 ・ 10,000円 ・ 12,000円 ・ 14,000円	
	16,000円 ・ 18,000円 ・ 20,000円 ・ 22,000円 ・ 24,000円	
	25,000円	
振込先	三菱UFJ銀行 渋谷中央支店 普通 0687009 東京パートナーズ (トウキョウパートナーズ)	

ここに「運転免許証」又は「国民健康保険被保険者証」コピーをお貼り願います。

郵送の場合は、この申込書と「運転免許証」又は「国民健康保険被保険者証」コピーを同封のうえご送付願います。