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を一緒に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
本社住所・電話番号	〒　　東京都・神奈川県・千葉県・埼玉県 （　　）　　－	
事務所・電話番号 【事務所】労災加入の場合で、本社住所と異なる場合のみご記入下さい。	〒　　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		
従業員の労働時間	始業時刻　　：　　／　終業時刻　　：	
従業員の休憩時間	：　～　：　／　：　～　：　／　：　～　：	
粉塵作業を行う業務	なし・あり→　年　月頃　～　年　月頃【通算期間　年　ヶ月】	
身体に振動を行う業務	なし・あり→　年　月頃　～　年　月頃【通算期間　年　ヶ月】	
鉛業務	なし・あり→　年　月頃　～　年　月頃【通算期間　年　ヶ月】	
有機溶剤業務	なし・あり→　年　月頃　～　年　月頃【通算期間　年　ヶ月】	
特別加入する希望の給付基礎日額 （いずれかに〇をつけてください）	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。