

勤務従業員組合員証（新規・再発行）発行申込書

	従業員氏名	フリガナ	性別	生年月日	備考
1			男・女	S・H 年 月 日	
2			男・女	S・H 年 月 日	
3			男・女	S・H 年 月 日	
4			男・女	S・H 年 月 日	
5			男・女	S・H 年 月 日	
6			男・女	S・H 年 月 日	
7			男・女	S・H 年 月 日	
8			男・女	S・H 年 月 日	
9			男・女	S・H 年 月 日	
10			男・女	S・H 年 月 日	

上記の通り、当医療機関従業員の組合員証発行を申し込みます。

なお、当該従業員が退職等によりその資格を失った時は、発行された組合員証を当方において回収し、責任をもって組合へ返納することを誓約いたします。

※再発行される際は、発行手数料として100円（税別）が必要となります。

平成 年 月 日

医療機関住所 _____

電話番号 () _____

医療機関名 _____

組合員（県歯会員）氏名 _____

山口県歯科医師協同組合 行

FAX 0120-82-8026 (担当 阪本)