

東京医労連個人加盟申込書

年 月 日

東京地方医療労働組合連合会
執行委員長 岡本 学 殿

貴連合会に加盟費、会費 月～ 月分(ヶ月分)を添えて加盟を申し込みます。
(会費:月 1,300 円、別途引き落とし手数料 100 円)

住所〒 _____

氏名 _____ 印

職種 _____ 年齢 _____ 歳

自宅電話 _____

携帯電話 _____

E-mail address _____

勤務先名 _____

勤務先住所〒 _____

勤務先電話 _____

★日本医労連 医療・介護・福祉ユニオンのメールマガジンを

希望する _____ ・ 希望しない _____

※メールマガジン希望の方は、PCメールのアドレスをお書き下さい(携帯不可)

【本部記入欄】

UC 引き落とし手続き

医労連共済手続き

加盟()年()月()日、脱退()年()月()日