

記入日： 年 月 日

組 合 加 入 届

私は、健康保険病院労働組合に加入を申し込みます。なお、組合費を給与から天引きすることに同意します。

氏 名：	印	生年月日：	年 月 日
施設名：	職 種：		
住 所：			
電 話 (携帯など連絡の取りやすいもの)：			
就職日	年 月 日		
備 考			

※組合員の把握のためにのみ使用し、情報を二次利用することはありません。

※ 健保労組支部のない施設の方は、これをプリントし、各欄に記入して下記に投函してください。追ってこちらから連絡させていただきます。

健 康 保 険 病 院 労 働 組 合

〒110-0013

東京都台東区入谷1-9-5 日本医療労働会館 7階

TEL 03-3875-2848/FAX 03-3875-2911

E-mail : kenpo-1954@kfz.biglobe.ne.jp