

企業番号

入 会 申 込 書

平成 年 月 日

公益財団法人 大阪府中小企業勤労者福祉サービスセンター

理 事 長 殿

公益財団法人大阪府中小企業勤労者福祉サービスセンター
の趣旨に賛同したので、入会を申し込みます。

企 業 名

〒

所 在 地

電 話

代 表 者 名

⑩ F A X

従 業 員 数

名

入会予定者数

名

業 種	飲 食 業	組 合 ・ 団 体	サ ー ビ ス 業	事 業 内 容					
(該当する業種に○印 をつけてください)	運 輸 ・ 通 信 業	建 設 業	製 造 業						
	卸 売 業	小 売 業	そ の 他						
	創 立 年 月 日	本 社 所 在 地 〒							
明 治 年 月 日 大 正 昭 和 平 成	本 社 と の 関 係	本 社	支 店	支 社	出 張 所	営 業 所	工 場	そ の 他	休 日 就業時間 時～ 時
資 本 金	事 務	職 名			氏 名				
万円	担 当 者 名								

振 替 指 定 金 融 機 関 名	預 金 種 目	口 座 番 号
銀 行 信 用 金 庫	普 通 総 合 当 座	銀 行 確 認 印 (銀行でもらってください)
銀行コード ()	支店コード ()	
(フリガナ)		
口 座 名 義 人		

《指定銀行》 みずほ・三菱東京UFJ・三井住友・りそな・近畿大阪の各行 および近畿労働金庫・大阪シティ信用金庫

【個人情報の取扱いについて】 ご提出いただく書類の個人情報は、OCSセンターが実施する事業のみに使用させていただきます。

銀行口座振替依頼書

銀行・信用金庫
支店長殿

平成 年 月 日

太枠内のみご記入ください。

郵便番号				—	TEL		—
フリガナ							
おところ							
フリガナ							指定預金口座 にご使用の印 を押してくださ い。
口座名義人							

私が公益財団法人大阪府中小企業勤労者福祉サービスセンターに支払うべき会費等を私名義の預金から 次のとおり口座振替により支払うことにしたいので、下記事項確約のうえ依頼します。

1. 指定預金口座 (預金の種類は該当の預金を○印で囲んでください。)

預金の種類	口	座	番	号
普通預金(1)				
当座預金(2)				

2. 振替日 4・7・10・1月の各27日(休日の場合はその翌営業日)

3. 振替開始 平成 年 月 日支払い分から

記

- 預金の支払い手続きについては、当座勘定約定または預金規定にかかわらず、当座小切手の振出または預金通帳および預金払戻請求書の提出などいたしませんから貴行所定の方法で処理してください。
- 指定預金口座の残高が振替日において請求書の金額に満たないときは私に通知することなく請求書を返却されても異議ありません。
- この預金口座振替契約は、貴行が必要と認めた場合には、私に通知されることなく解除されても異議ありません。
- この取り扱いについて、かりに紛議が生じても、貴行には迷惑をかけません。

本書は、必ず指定銀行へ提出してください。

以下銀行使用欄

検印	印鑑照合	センターあて報告 (注)	精査

(注)使用しない場合は斜線を施す。

【個人情報の取扱いについて】 ご提出いただく書類の個人情報は、OCSセンターが実施する事業のみに使用させていただきます。

会 員 名 簿

企業番号				企 業 名 (略さないで記入ください)																	
				(フリガナ)																	
会員番号				(フリガナ) 氏 名				性別 で囲んで下さい		生年月日				入社年月日				登録年月			
								大正・昭和・平成を で囲んでください													
								男・女	大正	年	月	日	昭和	年	月	日	平成	年	月	日	
								男・女	大正	年	月	日	昭和	年	月	日	平成	年	月	日	
								男・女	大正	年	月	日	昭和	年	月	日	平成	年	月	日	
								男・女	大正	年	月	日	昭和	年	月	日	平成	年	月	日	
								男・女	大正	年	月	日	昭和	年	月	日	平成	年	月	日	
								男・女	大正	年	月	日	昭和	年	月	日	平成	年	月	日	
								男・女	大正	年	月	日	昭和	年	月	日	平成	年	月	日	
								男・女	大正	年	月	日	昭和	年	月	日	平成	年	月	日	
								男・女	大正	年	月	日	昭和	年	月	日	平成	年	月	日	
								男・女	大正	年	月	日	昭和	年	月	日	平成	年	月	日	
								男・女	大正	年	月	日	昭和	年	月	日	平成	年	月	日	
								男・女	大正	年	月	日	昭和	年	月	日	平成	年	月	日	
								男・女	大正	年	月	日	昭和	年	月	日	平成	年	月	日	
								男・女	大正	年	月	日	昭和	年	月	日	平成	年	月	日	
								男・女	大正	年	月	日	昭和	年	月	日	平成	年	月	日	
								男・女	大正	年	月	日	昭和	年	月	日	平成	年	月	日	
								男・女	大正	年	月	日	昭和	年	月	日	平成	年	月	日	

印欄は必ず記入してください。
 【個人情報のお取扱いについて】 ご提出いただく書類の個人情報は、OCSセンターが実施する事業のみに使用させていただきます。

会 員 台 帳

No. _____

勤務先(企業名)	氏名	フリガナ	性別	生年月日				
企業番号			男・女	昭和	年 月 日生			
住所	〒			住居の電話番号				
住民登録している所				- -				
入社年月日		登録年月日		資格喪失日				
昭和	年 月 日	平成	年 月 日	平成	年 月 日			
給付	永年		成人		還暦		銀婚	
	10年		年 No.	年 No.	年 No.	年 No.		
	年 No.	月 円	月 円	月 円	月 円			
	月 円	年月日	給付種類	給付No.	金額	摘要		
	15年							
	年 No.	月 円						
	月 円							
	20年							
	年 No.	月 円						
	月 円							
30年								
年 No.	月 円							
月 円								
40年								
年 No.	月 円							
月 円								
家族	氏名		性別	生年月日	続柄	備考		
			男・女					
			男・女					
			男・女					
			男・女					
			男・女					
			男・女					

印欄の記入をお願いします。(任意)

OC Sが定める1親等までをご記入ください。ただし、子は同居に限る。
 【個人情報の取扱いについて】ご提出いただく書類の個人情報は、OC Sセンターが実施する事業のみに使用させていただきます。