

理事長	支部長	事務局長	係

## 組合加入申込書

この度 石川県理容生活衛生同業組合に加入いたしたく、  
下記の加入金額を添えて申込いたします。

一金 5,000円 也

令和 年 月 日

氏 名 ①

生年月日 年 月 日生 ( 歳)

営業所 店 名 \_\_\_\_\_

営業所 住 所 \_\_\_\_\_

営業所 電話番号 TEL. ( ) - \_\_\_\_\_

営業所 郵便番号 〒 - \_\_\_\_\_

石川県理容生活衛生同業組合

理 事 長 長 田 実 殿

本 籍 地	
現 住 所 (住宅)	
	〒                      番                      号                      (                      )

開 設 年 月 日	年                      月                      日
理容椅子台数	台
就 業 者 数	他人従業員                      名
	家族従業員                      名                      計                      名

理容師免許	取得年月日                      年                      月                      日
	免許証番号                      都 府                      道 県                      号
管理理容師	取得年月日
	免許証番号                      都 府                      道 県                      号

経	年                      月                      理容美容専門学校 卒業
	年                      月
歴	年                      月
	年                      月
	年                      月

備 考	共済加入の有無      団体生命      年金共済      交通共済

# 出資引受書

石川県理容生活衛生同業組合定款第17条による出資  
下記の通り引き受けます。

記

一金 1,000円 也 5口

---

年 月 日

住 所

---

氏 名

---

印

石川県理容生活衛生同業組合

理事長 長 田 実 殿