

理事長	支部長	事務長	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 ⑩

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 行野 欣也 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 行野 欣也 殿