

入 会 届

年 月 日

泉南市事業所人権推進連絡会 会長 様

泉南市事業所人権推進連絡会に入会します。

フリガナ	
事業所名	印
代表者役職名	
フリガナ	
代表者氏名	
所在地等	〒 -
	電話番号 () FAX番号 ()
	E-mailアドレス
担当者氏名等	フリガナ
	氏名
	所属部署・役職名

【年会費】2,000円

【納入方法】総会時にお支払いいただくか、銀行振込にてお願いします。

【その他】連絡会が主催します総会、会員研修等にできるだけ御出席いただきますようお願いいたします。