

組合員番号

加入申込書

私は、岩手県医療局労働組合の綱領・規約に賛成し、労働者の力は団結にあることを確信し、賃金・労働条件の改善、医療・社会保障の改善のため、加入を申し込みます。

年 月 日

ふりがな
氏名

年 月 日生 (男・女)

岩手県医療局労働組合
中央執行委員長 殿

住 所	
電 話 番 号	
職 名	
採用年月日	

上記の通り申し込みがあったので送付します。

年 月 日

岩手県医療局労働組合

病院支部

支部長

印

この加入申込書に書かれた個人情報は、県医労の「個人情報保護」に関する宣言に基づく利用目的に限定して、適切に処理されます。あらかじめ定めた共同利用を除き、本人の同意を得ないで、第三者に情報提供することはありません。なお、性別の記入は任意とします。