

組合加入申込書

佐賀県教職員組合執行委員長 様

下記のとおり佐賀県教職員組合に加入を申し込みます。

学校名		(カナ) 名前	() 男・女
職員番号		連絡先 (電話)	
生年月日 (西暦)	年 月 日		
住 所	〒		
メールアドレス ※			
加入区分 (○で囲む)	・正規組合員 ・再任用組合員 (フル・ショート) ・お試し組合員 ・臨採組合員 (臨時的任用教職員 ・ 会計年度任用職員)		
現在の級号給	級 () 号給 () <input type="checkbox"/> 特担 ←対象の方は <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。		
記 入 日 (西 暦)	年 月 日		

※登録していただいたメールアドレスは、役員選挙・佐教組からのお知らせ(教育新聞や学習会の案内などの情宣)にのみ利用します。他の目的で利用することはありません。

◎教職員共済生活協同組合総合共済に加入を申し込みます () ※希望者は○をつける。

教職員共済	Q 検索
-------	------

詳しい保障内容は検索してご確認いただけます。

教職員共済生協佐賀事業所 TEL (0952) 31-8730

※以下は、支部で記入します。

<申し込み受理>

○支部名 () 支部

○受理日 () 年 () 月 () 日

※以下は、本部で記入します。

○共済番号 ()

加入日	委員長	書記長	担 当 書 記
年 月 1 日			