

# 大阪府社会福祉事業団職員互助会 加入願

大阪府社会福祉事業団職員互助会への加入を希望します。

大阪府社会福祉事業団職員互助会

会 長 様

令和 年 月 日

施 設 名 \_\_\_\_\_

職 員 番 号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

( 契約職員      パートタイマー・アルバイト職員 )

※どちらかに○をつけて下さい。