

FAX 0265-78-8377 (随時受付)

長野労務センター 会長 田畑 和輝 殿

(様式20号-1)

入会申込書兼 誓約書

※ご紹介者	企業名	ご担当者
申 込 者	ふりがな	生年月日 昭和 平成 年 月 日 生まれ
	氏 名	
	電 話	
	携帯電話	F A X
	住 所	〒 ー
除染作業の有無	無・有	
特定業務従事暦の有無	従事した期間	
粉じん作業を行う業務	無・有 → 昭和・平成 年 月頃～ 年 月頃まで	
身体に振動を与える業務	無・有 → 昭和・平成 年 月頃～ 年 月頃まで	
鉛業務	無・有 → 昭和・平成 年 月頃～ 年 月頃まで	
有機溶剤業務	無・有 → 昭和・平成 年 月頃～ 年 月頃まで ※ 使用溶剤に○をしてください→ (キシレン N.Nジメチルホルムアミド スチレン 1,1,1トリクロロエタン トリクロロエチレン トルエン ノルマルヘキサン)	
希望する給付 基礎日額	3,500円 4,000円 5,000円 6,000円 7,000円 8,000円 9,000円 10,000円 12,000円 14,000円 16,000円 18,000円 20,000円 22,000円 24,000円 25,000円 どちらか希望する日額に○をしてください	
あんしん保険 加入希望の 有・無	<input type="radio"/> 希望します ・ <input type="radio"/> 希望しません (←いずれかに○)	
加入希望月	ー 月から加入希望 (特に指定日がある場合 ー 月 ー 日) ※ 特に指定日がある場合 少なくとも1ヶ月前に申し出てください	

上記の通り、貴センターに加入し労災保険の事務処理を委託するとともに、下記の承諾事項を承諾の上、貴センターの定款及び規則等を遵守することを誓約いたします。

1. 労働保険料・あんしん保険の保険料及び入会金・会費は毎年3月20日までに全額納入します。
2. 住所・氏名等に変更を生じたときは、速やかに貴センターへ連絡いたします。
3. 労働安全衛生法を遵守し、業務災害の防止と安全に努めます。
4. 故意に保険料の遅延滞納した時、その他貴センターへ提出すべき一切の書類の記載事項に故意に事実と異なる記載をするなど等の不正行為を行った場合は加入員の資格を取り消されても一切異議申し立てを行わないことを誓約いたします。

平成 年 月 日

氏 名

印

※添付書類・・免許証の写しを忘れずに送信してください