

直轄会員入会申込書

一般社団法人神奈川県警親会連合会会長 殿

貴会定款の目的に賛同し入会を申込みます。

※ 必要事項に○印または記入をお願いします。太枠内は記入しないでください。

会員番号		No	
フリガナ		生年 月 日	昭 平 年 月 日 男 女
氏 名			
住 所		〒 -	
		携帯電話 電話	
		メールアドレス @	
勤 務 先		電話	
勤 務 先 地			
採 年 月 用 日		昭 平 令 年 月 日	退 年 職 日 昭 平 令 年 月 日
最 所 終 属		在 年 職 月	年 月 日
		課 署	
フリガナ		配 生 偶 者 年 日 生 月 婚 日	昭 平 年 月 日 昭 平 令 年 月 日
配 偶 者 名 氏 名			
備 考			

※ 個人情報につきましては、機関誌、諸資料の送付その他本会の活動目的に限って利用し、法令に基づく開示請求があった場合、ご本人の同意があった場合その他特別の理由がある場合を除き、第三者に提供いたしません。