



年 月 日

共助会 FAX **099-226-5955**

※FAXか郵送をお願いします。

一般社団法人

鹿児島県教職員共助会 行き

発信者

TEL _____ FAX _____

通 信 欄

提出日 年 月 日

定 額 貯 金 申 込 書

下記のとおり申し込みます。

一般社団法人 鹿児島県教職員共助会理事長 様

| | | | |
|-----------|-----------------------------------|------------|---|
| ※所属所コード | | ※所属所名(学校名) | |
| 会員コード | | 氏 名 | |
| 現 住 所 | 〒()-() 市・郡 町・村 | | |
| 電 話 番 号 | ()-()-() | | 送金のための振込用紙(送料無料)をお持ちでない方は下記にチェックをお願いします |
| 額面合計金額 | , 0, 0 0 0 | | 振込金融機関 <input type="checkbox"/> 鹿児島銀行 <input type="checkbox"/> 郵便局 |
| 証 書 内 訳 | 万円 × | 枚 | = 万円 |
| | 万円 × | 枚 | = 万円 |
| | 万円 × | 枚 | = 万円 |
| 証書送付先(書留) | <input type="checkbox"/> 所属所 | | <input type="checkbox"/> 自宅 |
| 振込用紙 | / 送付 <input type="checkbox"/> 振込済 | | 受 付 日 |

※所属所コード、所属所名欄は現職会員のみ記入してください。

※振込金融機関欄にチェックのある方は、定額貯金申込受付後に振込用紙をお届けします。