



20 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

FAXをご利用の際は枠内をご記入ください。

発信者

TEL

FAX

通 信 欄

規約貯金新規・変更申込書

所属所コード	6 5 4 3 2 1	所属所名(学校名)	鹿児島市立 共助小学校	
会員コード	1 2 3 4 5 6	会員名	共助会 花子	
新規	規約貯金を新規に申し込みます。			
	貯金月額	<input type="text"/>	<input type="text"/> 0 0 0 円	
変更	規約貯金の月額の変更を申し込みます。			
	変更前の貯金月額	<input type="text"/> 1 0 0 0 0 円	⇒	変更後の貯金月額
		受付日	<input type="text"/>	

※上記の貯金の引き去りは、共助会受付の翌月からとなります。

※規約貯金は、月額1,000円以上、1,000円単位です。

※記載内容については、共助会が定めた「個人情報保護に関するガイドライン」に基づき適切にとり扱います。