

入 会 申 込 書

西日本一人親方労務協会 殿

フリガナ 氏 名 生年月日	S・H 年 月 日生		
現 住 所	〒 TEL ()		
業 務 又 は 作業内容			
加入年月日	令和	年	月 日より
希 望 給 付 基 礎 日 額 ○ で 囲 ん で く だ さ い。	3,500 円	8,000 円	16,000 円
	4,000 円	9,000 円	18,000 円
	5,000 円	10,000 円	20,000 円
	6,000 円	12,000 円	〔 別紙参照の上 お決め下さい 〕
	7,000 円	14,000 円	

上記の通り貴協会に入会し、労働保険事務を委託します。

令和 年 月 日

〒

住所

氏名



念 書

西日本一人親方労務協会 殿

今回、西日本一人親方労務協会に加入し、年度更新時については、特別加入者の変更、及び給付基礎日額の変更、又納付については、その年の 3 月 5 日より 3 月 25 日までに関係書類の提出と保険料の納付を完了することを誓い、期定日がすぎた場合は、西日本一人親方労務協会が一方的な脱退等の処理をしてもさしつかえありません。

尚、中途加入した場合の保険料等は、申し込み日より 10 日以内に指定場所に振り込みます。

令和 年 月 日

住所

氏名



誓 約 書

西日本一人親方労務協会 殿

1. 西日本一人親方労務協会に入会するに当たり、作業に従事する際には、労働安全衛生法、規則の関係条項を遵守し、安全衛生には充分注意致します。

2. 保険料は納付期日内に完納致します。

西日本一人親方労務協会より指定された納付期日を遅延した場合は、西日本一人親方労務協会が一方的に脱退処理をしても一切異議はございません。

令和 年 月 日

住所

氏名

㊞