

記入例

会 員 票

会員番号		地域班		入会 平成 年 月 日		入会の動機		入会の経路					
氏名	フリガナ トウカイ タロウ			男 女	生年月日 昭和 18年10月10日 (入会時 65歳)		写 真 3.0×2.5cm	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 生き甲斐作り <input checked="" type="checkbox"/> 2. 仲間作り <input type="checkbox"/> 3. 時間的余裕 <input type="checkbox"/> 4. 健康維持 <input type="checkbox"/> 5. 経済的 <input type="checkbox"/> 6. その他		<input type="checkbox"/> 1. 公共機関 <input type="checkbox"/> 2. 会員知人 <input type="checkbox"/> 3. マスコミ <input checked="" type="checkbox"/> 4. センターの 広報資料 <input type="checkbox"/> 5. その他			
	東海 太郎												
住所	〒 319-1107			連絡先	電話 282-3446		家族状況	配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 ひとり暮らし					
	豊白 1-3-20				携帯 090-1234-5678			同居の家族(本人除く) 5人 [続柄:妻、長男夫婦、孫2人]					
地図位置 P. -			FAX 282-3446		e-mail: toukai@sjc.ne.jp								
緊急連絡先	氏名 東海 一郎 続柄(長男)		主な職歴	勤続年数 20年		勤務先 茨城製作所 東海工場		仕事内容 組立作業		自動車所有 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	住所 住所 シルバー商事(株)			10年		自営業		飲食店		バイク所有 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			
	会社名									運転 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			
電話 012(345)6789										運転免許 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			
希望する仕事	順位 1		仕事の内容 施設管理業務		希望曜日 <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input checked="" type="checkbox"/> 日 <input checked="" type="checkbox"/> 祝		配分金銀行振込口座		特記事項				
	2		広報紙配布		希望時間 1日当り 6時間		1. 常陽 2. ゆうちよ						
	3		植木剪定作業		9時 ~ 16時		支店コード又は記号 114 東海支店		受付日 平成 年 月 日				
免許資格		普通自動車免許		調理師免許		希望しない仕事内容		口座番号 1010110		仮会員No.			
危険物乙種4類		ホームヘルパー2級		除草作業				口座名義人名称 トウカイ タロウ		※この会員票に記載した内容について、現況と相違ない事を証明致します。			
健康状態	目		耳		手		足		腰		血 圧		
	異常なし <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		既往症 なし		
やや支障あり <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		持病 なし		健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 国民健康保険	
支障あり <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		その他		2. 社会保険・本人	
												3. 社会保険・家族	
												4. その他	
												5. 無	
												年金 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 国民年金	
												<input checked="" type="checkbox"/> 2. 厚生年金	
												<input type="checkbox"/> 3. 共済年金	
												<input checked="" type="checkbox"/> 4. 企業年金	
												<input type="checkbox"/> 5. 無	
												本人印 <input checked="" type="checkbox"/>	