

愛知県職員組合連合会

愛知県職員組合・愛知県病院事業庁職員組合 加 入 申 込 書

○太枠を記入後、点線囲みをお読みのうえ、申込日の記入および記名してください

分 会（職場名）		課・グループ	
※ 本庁機関は課名、地方機関は事務所名を記入してください		※ 本庁機関はグループ名、地方機関は課名を記入してください	
フリガナ			
氏 名		性 別	男 ・ 女
職員番号（7桁）		生年月日	西暦 年 月 日
採用年月日	西暦 年 月 日	組合員番号（8桁）	※ 組合本部が記入します
紹介者氏名		紹介者職員番号（7桁）	
※ 組合を紹介してもらった組合員がいましたら、その方の氏名と職員番号を記入してください			

個人情報保護法に基づき、記載された組合員の個人情報を次の目的に使用し、他の目的に使用することはいたしません。

- (1) 組合員の賃金・労働条件に関する労使交渉（協議）における基礎的なデータとするとともに、労使交渉（協議）の内容・結果を組合員に周知するため。
- (2) 組合の運動方針や活動計画にもとづき実施する各種事業や機関会議（大会、中央委員会、支部長（三役）会議、中央執行委員会等）において決定した事項について、組合員に周知するとともに、組合員の諸行動への参加を要請するため。
- (3) 組合員台帳の管理のため。
- (4) 災害や緊急時に組合として円滑かつ適切な対応を図るため。
- (5) 組合員およびその家族の福利厚生事業を利用していただく際の実務に供するため。

以上のことに同意し、私は愛知県職員組合連合会（愛知県職員組合・愛知県病院事業庁職員組合）に加入します。

申込日	西暦 年 月 日	記 名	
-----	----------	-----	--

愛知県職員組合連合会

愛 知 県 職 員 組 合 中 央 執 行 委 員 長 様
愛 知 県 病 院 事 業 庁 職 員 組 合 執 行 委 員 長 様

分会長確認印

- ※1 加入申込書記入後、分会長の確認印を受けて提出してください。
- ※2 万が一、分会長が分からない場合は、それぞれの組合へ直接提出してください。
- ※3 申込みはGoogleフォームでも受け付けています。下記QRコードから手続きが可能です。
- ※4 Googleフォームで手続きした場合は、分会長に加入した旨を報告してください。

Google フォーム



〒453-0016 愛知県名古屋市中村区竹橋町36番31号

愛知県職員組合連合会（電話 052-433-7373 / E-mail rengokai@aichikenshoku.gr.jp）