

日 揮 O B 会 入 会 申 込 書

西暦 年 月 日

私は、日揮 OB 会の目的「会員相互の親睦を計り、日揮の発展に協力する」に
同意して入会を申込みます。

6 ヶ月以内に撮影した
パスポートサイズの
写真を貼付け
願います

日揮従業員 No.

定年または退職時の所属： _____

フリガナ

氏 名： _____ 印

入社年月 定年又は退職年月 [定年 or 退職 — 入社]
西暦 年 月 日 西暦 年 月 日 勤続年数 年 月

「OB 会報の新入会員紹介欄」に記載する現役時代の主な職場名： _____

[注記：ご自分が OB 会に登録したい、過去に一番活躍・所属した部署等をご記入下さい]

生年月日 西暦 年 月 日生（満 才） 男性・女性
（昭和 年）

自宅住所： 〒 _____

電話番号： _____ E-mail： _____

下記について当該項目に○を付けて下さい。

【アメリカンファミリーがん保険団体割引の適用を受けたいですか？】 受けたい 不要
受けたい方は、日揮ビジネスサービス(株)保険部（電話：045-682-8354）蓬田さんへ連絡して下さい。

【参加したい同好会に○を付けて下さい（複数でも OK） 参加しない方は書かないで結構です】

1 ゴルフ 2 釣り 3 囲碁 4 詩吟 5 写真

同好会に○を付けた方は、各同好会の幹事より直接ご連絡します。

【申込先】

1) 日揮(株) 経営統括本部 人財・組織開発部 労務・厚生チーム 山下 豊 統括 MGR・南 裕子

電話： 日揮横浜本社 内線：5 1 9 9 6 外線（ダイヤル）045-682-8034

2) または、日揮 OB 会 （上大岡 日揮5号館1階）

留守電話・FAX：045-731-0086（常駐者不在です）

【入会金】 ¥10,000.- の振込日： _____ 月 _____ 日

【振込先】 三井住友銀行 上大岡支店 普通預金 口座番号：6327999 名義：日揮 OB 会

退職 1 ヶ月前から受付け。（会員 No. は OB 会世話人が記入します）	会員 No.
入会資格条件②項の方（日揮 OB 会のご案内参照） 人財・組織開発部長の承認可否を世話人会に連絡する。	

別添「日揮 OB 会個人情報取扱規定」をご一読いただき、承諾の署名をお願いします。

承諾署名： _____

2017 年 9 月 1 日 改定