**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ヵ月以内に撮影した

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）島田さん/大場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 山下 豊部長代行、南 裕子

電話：　日揮横浜本社 内線：５１９９６　外線（ﾀﾞｲﾚｸﾄｲﾝ）045-682-8034

* 1. または、日揮OB会（〒232-0064 横浜市南区別所1-15-1 BML横浜ビル　2F）

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会個人情報の取扱規定」をご一読いただき、承諾の署名をお願いします。

御承諾署名　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿