

日 揮 OBOG 会 入 会 申 込 書

西暦 年 月 日

私は、日揮 OBOG 会の目的「会員相互の親睦を計り、
日揮グループの発展に協力する」に同意して入会を申し込みます。

出身元：JHD JGB 日揮 JCS

出身元従業員番号/JGC・ID： / -

パスポート
サイズの写真
(3.5 x 4.5 cm)

ふりがな

氏 名

印

男性・女性

退 職 日 (西暦) 年 月 日 合計勤続年数 年 月

生年月日 (西暦) 年 月 日 満 年 齢 歳

入社年月日 (西暦) 年 月 日 (最初に日揮グループに入社した年月日)

「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 OBOG 会に登録したい、過去に一番活躍・所属した部署をご記入ください]

自宅住所： 〒 -

電話番号： E-Mail：

下記について当該項目に○を付けてください。

【アフラック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)

へ連絡して、申込手続きをしてください。

【参加したい同好会に○を付けてください。複数 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 写真 5 将棋

同好会に○を付けた方は、当該同好会の幹事より直接連絡します。

【申込先】日揮 OBOG 会(電話：045-682-8360 FAX：045-682-8380)

関口とし子(携帯：080-7498-2590)

E-mail：sekiguchi.toshiko@jgc.com

【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2ヵ月前から受付します。

(会員 No.は日揮 OBOG 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 OBOG 会のご案内参照)

承認

日揮 HD(株)の承認可否を世話人に連絡する。

別添「日揮 OBOG 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。

【事務局確認欄】



承諾署名： _____

