**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、

パスポート

サイズの写真

(3.5 x 4.5 cm)

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：　　　　　　　/　　　-

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〇を付けてください。

**【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㈱　保険部（[電話：045-682-8354](Tel: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〇を付けてください。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　　６　ウォーキング

同好会に〇を付けた方は、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）

**【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）  日揮HD㈱の承認可否を世話人に連絡する。 | 承　認 |  |
|  |

**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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿