

加 入 届

20 年 月 日

私は全栃木教職員組合に加入します。

氏 名	印	生年月日	年 月 日
職 名	勤務校	立	学校
職員番号	給料月額	級	号給
住 所	〒 —		
電話番号	— —	FAX	— —
E-mail			
総合共済 教職員賠償責任共済 に加入します。(加入する共済に○を) (総合共済月掛金600円 教職員賠償責任共済月掛金150円)			