

同意書

年 月 日

事業所名称.....

代表者氏名.....

大阪港湾健康保険組合に加入することに同意します。

番号	氏名	印	番号	氏名	印
1			11		
2			12		
3			13		
4			14		
5			15		
6			16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

番 号	氏 名	印	番 号	氏 名	印
21			41		
22			42		
23			43		
24			44		
25			45		
26			46		
27			47		
28			48		
29			49		
30			50		
31			51		
32			52		
33			53		
34			54		
35			55		
36			56		
37			57		
38			58		
39			59		
40			60		