入居者名簿届

様式－８

熊本県労働者福祉会館　御中

（申請年月日）　　年　　月　　日

（入 居 者 名）

（責 任 者 名）　　㊞

下記のとおりお届け致します。

記

氏　名	役　職	自宅（携帯）電話番号	住　所

（１） 入居者全員をお届け願います。

（２）非常時の連絡先として代表者１名（氏名に◎印）、副３名（氏名に○印）を選任願います。

（３）入居者員、非常連絡先等に異動があった場合はその都度お届け願います。