

事務講習会・講演会参加申込書

平成 年 月 日

一般財団法人 神奈川県社会保険協会長 あて

希望する月日と地区を記入してください

月 日 ・ 地区

郵便番号 〒 —

事業所所在地

事業所名

事業所電話番号 — —

社会保険協会会員の有無

会員(会員番号) ・ 会員ではない ・ わからない

参加者氏名 (性別) 男 ・ 女

参加者氏名 (性別) 男 ・ 女

注意事項

- この申込書に記入された情報は、本事業以外の目的には使用いたしません。
- お申込みは1事業所2名までとさせていただきます。
- 該当欄に、必要事項をご記入と○印をお願いいたします。
- 座席については自由とさせていただきます。
- 受付終了後、参加申込者には文書による通知をいたしませんので、直接会場へお越しください。
なお、募集人員に達した後のお申込みをされた方にはご連絡いたします。
- 講演会および年金ライフプランセミナーをお申込みされた方には通知いたします。
- お車でのお越しはご遠慮ください。
- 会員番号は、「社会保険かながわ」または協会費の「払込請求書兼受領証」を送付している封筒に記載されている6桁の番号です。
- お申込みはFAXにてお願いいたします。

一般財団法人 神奈川県社会保険協会 FAX 045-662-8441