社会保険事務講習会参加申込書

年　　月　　日

一般財団法人　神奈川県社会保険協会　　あて

希望する月日と地区を記入してください

　　月　　日　・　地区名

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

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１名まで**とさせていただきます。
●お申込み後、文書によるご案内はございませんので直接会場へお越しください。
　ただし、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。
●座席については自由とさせていただきます。
●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」を送付している封筒の宛名下に記載されている６ケタの番号、または協会費の「払込受領証」に記載されているお問合せ番号１１ケタのうち下６ケタの番号です。
●**お申し込みは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