

1 日在宅介護教室参加申込書

年 月 日

一般財団法人 神奈川県社会保険協会 あて

郵便番号 〒 _____

事業所所在地 _____

事業所名 _____

事業所電話番号 _____

協会会員番号
(6 ケタ) _____

参加代表者氏名 _____

参加代表者の電話番号
または携帯番号 _____

氏 名	性 別 (○で囲んでください)	被保険者・被扶養者 (○で囲んでください)	健康保険記号番号又は厚生年金保険事業所 整理記号被保険者番号
1	男 ・ 女	被保険者 ・ 被扶養者	
2	男 ・ 女	被保険者 ・ 被扶養者	
3	男 ・ 女	被保険者 ・ 被扶養者	
4	男 ・ 女	被保険者 ・ 被扶養者	
5	男 ・ 女	被保険者 ・ 被扶養者	

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事業所被保険者とその被扶養者を併せて5名様までとさせていただきます。
- 協会会員番号は「社会保険かながわ」を送付している封筒の宛名又は協会費の「振替払込請求書兼受領証」に記載されています6ケタの番号です。
- 健康保険記号番号又は厚生年金保険事業所整理記号被保険者番号欄は、事業所の記号番号（健康保険証例：21140214-123）又は（厚生年金保険の事業所整理記号被保険者番号例：21ABC-11）を記入してください。
- お申込みはFAXにてお願いいたします。
- 募集人員に達した後にお申込みをされた方にはご連絡いたします。
- 駐車場はございませんので、お車でのお越しはご遠慮ください。

一般財団法人 神奈川県社会保険協会 FAX番号 045-662-8441