

事務講習会・講演会参加申込書

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。
- 講演会をお申込みされた方には通知いたします。
- 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、または協会費の「振替払込請求書兼受領証」に記載されている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