

# 年金とライフプランセミナー参加申込書

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 \_\_\_\_\_

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 被保険者 ・ 配偶者

参加者氏名 \_\_\_\_\_（性別） 男 ・ 女 被保険者 ・ 配偶者

## 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2名まで**とさせていただきます。
- 配偶者のみでの参加もできます。
- 職域型年金委員、健康保険委員の方も参加できます。
- セミナーの内容に興味をお持ちの方は、年齢に関係なく参加できます。
- 該当欄に、必要事項を記入し○印をお願いいたします。
- 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。
- 受付終了後、受付票をお送りいたします。  
なお、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。
- 座席については自由とさせていただきます。
- 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。
- 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