

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)	健康保険証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	

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 被保険者と被扶養者あわせて4名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。
- 健康保険証記号番号また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）または（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