

社会保険事務講習会 参加申込書

年 月 日

一般財団法人 佐賀県社会保険協会 御中

| | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| 会員番号 | ☎おわかりになる範囲で結構です。 | |
| 参加希望 会場日時 | (佐賀 ・ 鳥栖 ・ 武雄 ・ 唐津) 会場 年 月 日 () | |
| 参加者氏名 | | |
| 事業所名 | | |
| 事業所 所在地 | 〒 | |
| 事業所 電話番号 | | |
| 分からない部分・知りたい内容などありましたら、お書きください。 | | |

※申込書にご記入いただきました情報は、この事業以外の目的には使用いたしません。

FAX 送信先

0952-26-3377

一般財団法人 佐賀県社会保険協会

〒840-0816 佐賀市駅南本町6-4
佐賀中央第一生命ビル9階
TEL 0952-26-3171
FAX 0952-26-3377