

社会保険事務講習会 参加申込書

平成 年 月 日

一般財団法人 佐賀県社会保険協会 御中

会員番号	<input type="text"/>			☞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 ・ 伊万里) 会場 平成 年 月 日 ()			
参加者氏名	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
事業所名	<input type="text"/>			
事業所 所在地	〒 <input type="text"/>			
事業所 電話番号	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

※申込書にご記入いただきました情報は、この事務講習会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