

年金シニアライフセミナー 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

参加希望 会場日時	(佐賀 ・ 鳥栖 ・ 武雄 ・ 唐津)会場 平成 年 月 日 ()		
事業所名		TEL	
参加者名		年齢	歳
参加配偶者名		年齢	歳
参加者住所	〒		
参加者TEL			

※申込書にご記入いただきました情報は、このセミナー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