

口座振替手続用紙 送付申込書

年 月 日

一般財団法人 佐賀県社会保険協会 殿

整理番号		宛名シールの左下7桁の番号 おわかりになる範囲で結構です。
事業所名		
事業所所在地	〒 電話番号 () —	
担当者名		
現在の被保険者数	人	

※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