

返信用角形2号封筒（ご指定の住所とあて名を記入し、切手250円を貼付したもの）を同封し、郵送にてお申し込みください。

【郵送先】

〒990-0043

山形市本町2-3-38 岩城ビル4F

一般財団法人 山形県社会保険協会 あて

事務講習会用テキスト申込書
（会員事業所さま限定）

令和 年 月 日

事業所名称	
事業所所在地	〒 -
電話番号	() -
担当者氏名	
事業所整理記号 (例：01-イロハ)	-

【注意事項】

- テキストは、A4版・100頁・本文2色刷りです。
- 受付後、随時お送りします。
- 数に限りがありますので、**1事業所1冊**の申し込みとなります。
- 在庫部数がなくなり次第、申込みを締め切りさせていただきます。**あらかじめご了承ください。
- 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しません。