

令和7年度 新任担当者事務講習会参加申込書

FAX番号 023-633-4114

一般財団法人 山形県社会保険協会 行

申込年月日 令和 7 年 月 日

発信元

事業所名		
所在地	〒	
会員番号		会費払込受領証や広報誌送付用封筒の宛名シールに印字されております。
担当者名		
電話番号	() —	

参加希望の開催地区を ○ で囲んでください。	
山形 6月26日(木)	庄内 7月18日(金)

<参加申込者>

参加者氏名

【注意事項】

- 1 会場の座席は、受付担当者の指示に従ってお座りください。
- 2 参加申込書は、**開催日の1週間前までに** F A X又は郵送でお申込みください。
ただし、定員になり次第締め切りとさせていただきます。