

# 令和8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 8 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(金)

庄内  
7月16日(木)

## <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**FAX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。