

(様式1)

入会申込書

年 月 日

一般財団法人 福島県社会保険協会 様

一般財団法人 福島県社会保険協会に入会します。

事業所名	ふりがな	事業所記号	
		事業所番号	
代表者名	ふりがな	役 職	
事業所所在地	〒		
	ふりがな		
電話番号		F A X 番号	
事業所 被保険者数		担 当 者	ふりがな
名			
※ この入会申込書にご記入いただいた情報は、当協会事業に必要な範囲で使用させていただきます。			
<ul style="list-style-type: none">・ 必要事項を記入して、下記までF A X又は郵送でお申し込みください。・ 入会申込書が到着後、各種案内、会費払込取扱票をお送りいたします。			
送付先	F A X	0 2 4 - 5 2 5 - 9 3 1 2	
	郵 送	〒960-8041 福島市大町5-2 千代田生命福島ビル4階	