

社会保険ボウリング大会 参加申込書



事業所名	事業所整理記号・番号 (例) 01 71ウ 12345
	〒
事業所所在地	電話番号 ()
担当者名	

参加される方のお名前	年齢	性別
(フリガナ)		
(フリガナ)		
(フリガナ)		

※ 年齢は大会当日の満年齢を記入してください。

※ 開催日・申込期日等はその都度「社会保険ふくい」及びホームページでお知らせします。



お申込み・お問い合わせ先

☎ 910-0831

福井市若栄町508番地 福井県鉄工会館2階

一般財団法人 福井県社会保険協会

☎ 0776-53-8016 fax 0776-53-8112

E-mail : f-fukuikyokai@voice.ocn.ne.jp