



社会保険事務担当者講習会 受講申込書

受講者のお名前	
事業所名称	事業所整理記号・番号 (例) 01 アイ 12345
事業所所在地	〒 電話番号 ()
受講希望日	年 月 日
受講会場	
連絡・照会先	勤務先 電話等

※ 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