

# 令和2年度 社会保険事務講習会受講申込書

受講者氏名	
事業所名称	
	事業所記号・番号      -      ・      (例)01-アウ 12345
事業所所在地 (講習会案内ハガキの送付先)	
	電話番号 (                      )                      -
受講希望日	年                      月                      日 (                      )
受講会場名	
担当者氏名	

※ 受講者の場合は記入省略してください。

※お申込み時にご提供いただきました個人情報等は社会保険事務講習会以外の目的で利用することはありません。

※ 当日は必ずマスク着用のうえご参加願います。  
※ 会場入口において、検温、手・指消毒のご協力をお願いします。

開催日・申込期日等は、「社会保険ふくい10月・11月号」及びホームページでお知らせしています。

一般財団法人福井県社会保険協会

〒910-0831

福井市若栄町508番地 福井県鉄工会館2階

FAX0776-53-8112

福井県社会保険協会

検索



職場の健康から、社会を幸せに