令和６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-ｱｲｳ 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使用することはありません。

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