

社会保険協会加入申込書

私は、一般財団法人 福井県社会保険協会の事業等に賛同し、加入します。

郵便番号 -
住 所
事業所名
代表者名 ⑩
電話番号 - -

令和 年 月 日

一般財団法人 福井県社会保険協会長 殿

事業所整理記号 _____
(記入例:01-いろは/01-ABC)

事業所番号 _____

被保険者数 _____ 名

上記の情報は、当協会の事業目的以外には利用いたしません。
一般財団法人 福井県社会保険協会