

社会保険事務講習会 参加申込書

年 月 日

一般財団法人 新潟県社会保険協会 御中

開催日	月 日 ()
会場所在地 (○で囲んで ください)	新潟市 三条市 新発田市 長岡市 南魚沼市 上越市 柏崎市
事業所名	(TEL. — —)
参加者氏名	*参加者全員の氏名をご記入ください

送付先：(一財)新潟県社会保険協会

FAX. 0 2 5 - 2 9 0 - 3 2 0 1