

入 会 申 込 書

このたび「一般財団法人 新潟県社会保険協会」の目的に賛同し、入会を申し込みます。

令和 年 月 日

事業所所在地 〒

事業所名称

事業主氏名

電話番号

FAX番号

被保険者数 名

一般財団法人 新潟県社会保険協会長 様

アンケートにご協力お願いいたします

このたびは入会申し込みいただき、誠にありがとうございます。

◇今後の事業の参考とさせていただきたく、入会后、参加（または利用）したいとお考えの事業がございましたらお聞かせ願います。

1 社会保険制度の普及発展に関する事業

()

2 保健事業

()

3 厚生福利事業

()

4 優待等事業（その他事業）

()

送付先／FAX；025-290-3201