

加入申込書

一般財団法人滋賀県社会保険協会の目的に賛同し
会員となることを承諾し申し込みします。

令和 年 月 日

一般財団法人 滋賀県社会保険協会長 殿

〒

事業所所在地

事業所名称

印

事業主氏名

電話番号

※上記の個人情報は当協会の事業目的以外には使用しません。

〒520-0802

大津市馬場3丁目2番25号 ワヤビル3階

一般財団法人 滋賀県社会保険協会

TEL 077-522-3458

《送り先》

FAX番号

077-522-3424

※加入届はFAXでお願いします。

郵送される場合は、上記住所へ送付願います。