

加 入 届

一般財団法人滋賀県社会保険協会の主旨に賛同し
入会の届け出をします。

平成 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

事業所記号

事業所名

事業主名

電話番号

ここに記載の情報を、「一般財団法人滋賀県社会保険協会個人情報保護方針」
に定める「利用目的」に掲げる事業を実施する場合に限り利用することに同意
します。

《送り先》

一般財団法人滋賀県社会保険協会

〒520-0802 大津市馬場3丁目2番25号

ワカヤマビル3階

TEL (077)-522-3458 FAX (077)-522-3424