

入 会 申 込 書

当事業所は、一般財団法人鳥取県社会保険協会に入会します。

年 月 日

事業所郵便番号 ー

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 印

事業所 T E L () ー

事業所 F A X () ー

一般財団法人鳥取県社会保険協会長 殿

※この申込書は、個人情報保護法を遵守し、適正に取扱います。