

FAX
086-253-8190

入 会 申 込 書

当事業所は、一般財団法人岡山県社会保険協会に入会いたします。

郵便番号	
事業所所在地	
電話番号	
事業所名称	(フリガナ)
事業主氏名	印

年 月 日

一般財団法人岡山県社会保険協会 殿

※この申込書に係る会員の情報は、適切に管理し当協会の事業目的にのみ利用させていただきます。