

『研修講師養成講座』申込書

所属支部	支部	区 分	開業・勤務等
事業所名			
フリガナ			組合加入の有無 有・無
お 名 前			
連絡先住所			
電 話		FAX	
E-mail (ブロック体でご記入下さい)			
受講者名簿 (配布用) 記載について (いずれかに☑を入れてください)		<input type="checkbox"/> 記載してもよい	<input type="checkbox"/> 記載しない

注) 受講に関するご連絡は掲載の電話番号、FAX番号、電子メールのいずれかで行います。記入していただいた個人情報を受講以外の目的では使用いたしません。

1. 申込み先 埼玉県社会保険労務士協同組合にFAXまたは郵送でお申込み下さい。

【FAX宛先】 048-816-6348 埼玉県社会保険労務士協同組合

**【郵送送付先】 〒330-0063 さいたま市浦和区高砂1-1-1 朝日生命浦和ビル7階
埼玉県社会保険労務士協同組合**

2. 申込み方法 (該当する数字に○を付けてください)

(1) 私は、組合員 (開業) または賛助会員 (勤務等) です。

受講料 9,180円 を指定口座に振り込みます。

(2) 私は、受講申し込みと同時に協同組合への加入を申し込みます。

出資金 (開業) 10,000円 賛助会員 (勤務等) 10,000円と

(いずれかに☑を入れてください) 受講料 9,180円

計 19,180円 を指定口座に振り込みます。

(3) 私は、組合員・賛助会員ではなく今回協同組合への加入は見合わせます。

受講料 14,580円 を指定口座に振り込みます。

3. 支払方法 申込みと同時に、受講料を下記口座へご入金下さい。

振込先 埼玉りそな銀行浦和中央支店

口 座 普通預金 5300916

名義人 埼玉県社会保険労務士協同組合

《申込先》 埼玉県社会保険労務士協同組合

FAX : 048-816-6348

TEL : 048-824-0808