

社会保険相談申込書

一般財団法人千葉県社会保険協会

FAXにてお申込みいただくか、コピーしてご郵送ください **(FAX 043-233-3973)**

お申し込みから相談日まで1か月ほどの期間が必要です

申込日 年 月 日

事業所名	
担当者名	
事業所所在地	〒
電話番号	
希望相談日	第1希望 年 月 日 () 時 分 第2希望 年 月 日 () 時 分 第3希望 年 月 日 () 時 分
希望相談人数	人 個別 ・ 集団 (どちらかに○)
事業所までの交通機関	

最寄駅から事業所までの簡単な地図をご記入ください。
(貴事業所様に既存のものがあれば、そちらを添付ください。ご記入は不要です。)

※この相談を受ける方々の個人データ等の守秘義務は厳守される契約となっております。