

平成29年度労働保険事務組合中・上級職員研修
受講申込書

下記の職員を受講させたいので、申込みます。

受講者氏名	(いずれかに○をつけてください)	
	H30年1月12日 (金)	H30年1月16日 (火)

平成 年 月 日

基幹番号

事務組合名・代表者名

(一社) 全国労働保険事務組合連合会福岡支部会長 殿

※ お手数とは存じますが、平成29年12月27日(水)までに連合会事務局あて
FAX (FAX番号 092-432-7577) 又は郵送でお申込下さい
ますようお願いいたします。