

# 入 会 届

No. \_\_\_\_\_

ふりがな			性別	男・女
氏名				
住所	〒 TEL: FAX: Eメール:		明治・大正・昭和  年 月 日生	
A 開業社会保険 労務士として登 録を受ける者	事務所の名称			
	事務所の所在地	〒 TEL	FAX	
B 勤務社会保険 労務士として登 録を受ける者	勤務先の名称			
	勤務先の所在地	〒 TEL	FAX	
C 上記A, B 以外の者	上記住所に同じ			
連絡先・書類送付先の 希望がある者	自宅・事務所・勤務先・その他 ( )			
<p>私は貴会の会員となるため、入会金を添えてお届けします。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>長崎県社会保険労務士会 会長 小林 義人 殿</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p>				

※以下記入不要

入会年月日	平成 年 月 日	写真貼付
登録番号	第 号	
会員番号	第 号	