

FAX番号 019-626-0252

会員番号	- - -		
	※広報紙「社会保険いわて」送付の宛名ラベル（ ）内の番号です		
事業所名			
所在地			
電話番号		FAX 番号	
希望枚数	枚 (1 事業所 2 ～4 枚まで)	ふりがな 担当者名	

令和 年 月 日

一般財団法人岩手県社会保険協会 あて

(切り取らずにお送りください)

○受付年月日 令和 年 月 日

○受付番号 No. _____

☐ 上記のとおり受付しました。

7月15日(火)必着で①「利用券申込確認書」の写しと②110円切手を貼付した長3(120mm×235mm)の返信用封筒(宛名を記載)の2点をお送りください。切手の貼付が無い等不備がある場合や期限までに届かない場合は無効となりますのでご注意ください。「利用券」は7月下旬発送予定です。

☐ 配布枚数上限に達したため受付できませんでした。