

# 加入申込書

年 月 日

一般財団法人 青森県社会保険協会 殿

一般財団法人青森県社会保険協会事業の趣旨に賛同し、加入します。

フリガナ	
事業所名	
事業主氏名	
事業所所在地	〒 ー
電話番号	
被保険者数	人
ご担当者	職名 氏名

加入申込書送付先

〒030-0823

青森市橋本 1-9-22 S S 青森ビル 2F

一般財団法人 青森県社会保険協会

電話 017-776-4471

FAX 017-723-9895