

一般社団法人保険者機能を推進する会 御中

## 「保険者機能を推進する会」入会申込書

平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 1日付で、入会することを申込みます。

申込日： 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

組 合 名	印		
所 在 地	〒		
会員代表者 <small>(貴健保を代表して本会総会で議決権を行使される方)</small>		連絡担当者 <small>(連絡等の窓口になる方)</small>	
役 職 名		役 職 名	
ご 氏 名		ご 氏 名	
電 話 番 号		電 話 番 号	
F A X		F A X	
メールアドレス		メールアドレス	
前年12月末現在の被保険者数（1月分月報記載数値）			人
HP等の会員一覧において貴健保名を表示してよいですか？			諾 ・ 否

研究会への参加登録方法については、入会申込が理事会で承認された後、事務局よりご案内いたします。

### 送付/問合せ先

〒101-0036 東京都千代田区神田北乗物町11番地 乗物町第一ビル4階

一般社団法人保険者機能を推進する会 事務局

TEL:03(5577)5411 FAX:03(5577)5413 Email: [hokensha@kino-suishin.org](mailto:hokensha@kino-suishin.org)