

(事業主会員用)

入会及び事務委託等承諾書

労働保険事務組合
福井県SR経営労務センター 殿

私は、令和 年 月 日をもって貴会に入会するとともに、労働保険事務等を委託いたします。

事業主会員	住 所	〒
		TEL() - FAX() -
	名 称	
氏名 (代表者)		㊞

担当社会保険労務士	
氏 名	㊞