

2024 ライフプランセミナー

FAX参加申込書

一般財団法人

岩手県社会保険協会 宛 FAX : 019-626-0252

■希望会場名（希望欄に○を記入してください）

希望	開催日	時間	会場	定員	申込期限
	令和6年10月6日（日）	14:00～ 16:30	奥州市 Zホール会議室	45	10/2
	令和6年10月27日（日）	14:00～ 16:30	盛岡市 アイーナ会議室 803	100	10/23
	令和6年11月16日（土）	14:00～ 16:30	北上市 オフィスプラザセミナールーム	70	11/12
	令和6年11月23日（土）	14:00～ 16:30	大船渡市 シーパル大船渡大会議室	40	11/19
	令和6年12月7日（土）	14:00～ 16:30	宮古市 シーアリーナ大会議室	35	12/3
	資料配布希望	全日程終了後当協会ホームページからダウンロード可能となります。 パスワードを電話またはメールでお知らせします。			

■事業所名称・受講希望者氏名（3名まで可）

事業所名		電話番号	()
		メールアドレス	@ ※資料のみ希望の場合
所在地	〒		
受講者名	フリガナ	フリガナ	フリガナ

- * 本申込書はこの講習会以外の用途には使用しません。
- * 会場により検温、消毒、マスク着用の指示があることをご承知おきます。
- * 体調不良の場合は来場をお控えください。