

収入保険制度の説明会 参加申込書

収入保険課 行き

平成30年6月25日に開催される標記説明会への参加を申し込みます。

(1) お名前	
(2) 法人の場合法人名	
(3) ご住所	〒(-)
(4) 連絡先電話番号	() -
(5) シミュレーション希望 (右欄□に✓を記載下さい)	<input type="checkbox"/> シミュレーションを希望する

FAX : 0853-21-1619 E-Mail : shimane@nosai-shimane.jp

申込締切 平成30年6月15日(金)必着



安心のネットワーク

NOSAI島根

本所 収入保険課

〒693-0004 出雲市渡橋町 748-1