

FAX:03-3267-1191(東京都社会保険労務士会 事務局 行)

申込日:平成 年 月 日

東京都社会保険労務士会 第20回自主研究発表大会 参加申込書

開催日時:平成21年10月26日(月) 午前 9:10～
場 所:(財)総評会館

御 氏 名	
御 社 名	
所 在 地	
部 署・役 職	
連 絡 先 T E L	()
F A X	()
この発表大会を何で お知りになりましたか? (○で囲んでください)	新聞名 新聞()、 当会HP、 その他()

※ご記入いただきました貴社名等につきましては、標記発表大会の出席確認における連絡及び、報告に利用し、目的以外には利用いたしません。

※お申込受付後「参加証」をFAXにてお送りいたしますので、FAX番号
を必ずご記入ください。

※当日は受付にて参加証及び名刺をご提出ください。