

紹介票はFAXにて受付いたします  
事務局宛て FAX 043-216-5602

平成 年 月 日

千葉県中小企業福利厚生協議会 御中

## 紹介票

### 《紹介者》

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

担当名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

千葉県中小企業福利厚生協議会への入会希望者を紹介いたします。

### 《入会希望者》

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

※事務局にて受付後、入会申込書類一式を郵送にてお送りいたします。

申込書類の送付先は、（どちらかに○をつけてください）

（紹介者 ○ 入会希望者） に送付下さい。

FAX受付日

郵送日

書類到着日