

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

令和 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