

公益財団法人大分県総合雇用推進協会 入会申込書

公益財団法人大分県総合雇用推進協会の設立趣旨・目的等に賛同し、賛助会員として加入したいので申し込みます。

_____年 ____月 ____日

事業所名	フリガナ												
代表者役職氏名	役職		フリガナ	氏名									
住所	〒 _____												
電話番号													
FAX 番号													
雇用保険適用事業所番号					—							—	
事業の種類													
従業員数	<input type="checkbox"/> 100人未満	<input type="checkbox"/> 100人以上 300人未満	<input type="checkbox"/> 300人以上 500人未満	<input type="checkbox"/> 500人以上 1000人未満	<input type="checkbox"/> 1000人以上	<input type="checkbox"/> 個人							
申込口数(年会費額)	<input type="checkbox"/> 1口 10,000円	<input type="checkbox"/> 2口 20,000円	<input type="checkbox"/> 3口 30,000円	<input type="checkbox"/> 4口 40,000円	<input type="checkbox"/> 5口 50,000円	<input type="checkbox"/> 個人 5,000円							

※年会費は、1口1万円以上となっております。(個人会員の場合は、1口5千円以上)
※従業員数は支社・営業所ベースではなく本社ベースでお願いします。

担当者役職氏名	役職		フリガナ	氏名								
担当者 Email												
おおいた de 就職するねっと	<input type="checkbox"/> 利用している						<input type="checkbox"/> 利用していない					
備考												

公益財団法人 大分県総合雇用推進協会長 殿

送付先 FAX 番号 097-536-3945