建設業労働災害防止協会
加　入　申　込　書

建設業労働災害防止協会群馬県支部　御中

（　　）分会　御中　　令和　　年　　月　　日

フリガナ	
事業場名	
代表者 職名・氏名	㊞
事業場所在地	〒
電話番号・FAX番号	TEL：　　FAX:
使用する労働者の人数	名
労働保険番号 （継続及び有期）	
前々年度の労災保険 確定保険料額	円
支部会費 （別紙一覧表による）	※但し、確定保険料額が200万円未満の場合は、1万円とする。 円
分会費 （分会の規程による）	円

【注意】・分会を通してお申込下さい。
・上記確定保険料額の確認できる書類を添付してください。

（ID No.　　）※支部で記入します。

支部受付印	分会受付印

(2019.05)