入 会 申 込 書

社会保険システム連絡協議会

社会保険システム連絡協議会　代表幹事会社 御中

・社会保険システム連絡協議会の趣旨に賛同し、以下の事項に同意の上、会員として入会を申込みます。

- 健全な情報化社会の実現を阻害する反社会勢力及び団体には毅然として対抗し、関係を遮断します。
- 入会申込書に記入した情報は、協議会会員名簿作成、会合時の連絡、資料送付等、協議会が運営上必要と認めた場合に使用・公開されます。

申込日 (西暦)　　年　　月　　日

フ リ ガ ナ			
会　社　名	印		
ホームページ URL	http：//		
設 立 年 月 日	(西暦)　　年　　月　　日		
資　本　金	円	従 業 員 数	名
申込カテゴリ ※複数選択可	□開発　□販売　□サポート		
主 な 事 業			
代表的なソフトウェア 製品名またはサービス	※社会保険システムに関わる代表的なソフトウェア製品名またはサービスをご記入ください。		
入会に至った経緯	□紹介（企業名：　　お名前：　　） □web・媒体等（媒体名：　　） □その他（　　）		

代表者登録情報　代表者とは、協議会活動に対して決定権を持つ方のことで、総会等での議決権を有する方になります。

フ リ ガ ナ		E-mail アドレス	
氏　　名			
所属部課名・職位			
所　在　地	〒　　－		
電 話 番 号		F A X 番 号	

連絡担当者登録情報　連絡担当者とは、代表者以外に協議会からの各種ご案内を提供させていただく方になります。

フ リ ガ ナ		E-mail アドレス	
氏　　名			
所属部課名・職位			
所　在　地 ※代表者と同じ場合は省略可	〒　　－		
電 話 番 号		F A X 番 号	

◇お問合わせ・入会申込書送付先　社会保険システム連絡協議会 事務局（一般社団法人ソフトウェア協会（SAJ）内）
〒107-0052 東京都港区赤坂 1-3-6　赤坂グレースビル 4F　E-mail:info@shashisu.org　TEL:03-3560-8440／FAX:03-3560-8441

事務局使用欄（コメント）

			所属長	担当
			月　日	月　日

※幹事会承認日　　年　　月　　日

（20210701）