

平成 × ×年 5月 1 0日

野村健康保険組合 殿

事業所所在地 県 市 ×丁目×番地××

事業所名称 株式会社

事業主氏名



### 事業主代理人使用印鑑届

事業所名称


役職名

氏名

株式会社の事業主代理人 総務部長

の使用印鑑を下記の通りお届けします。

記

事業主代理人使用印鑑	
------------	--