**KXシステム利用申込書**

貴組合が提供する「KXシステム」の利用を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 事業所記号
 |  |
| 1. 事業所名
 |  |
| 1. 事業主名
 |  |
| 1. 担当者名※
 |  |
| 1. メールフリガナ※
 | 数字のゼロと大文字のオーの見分けがつきにくい場合等ご入力ください。 |
| 1. 担当者メールアドレス※
 |  |
| 1. 電話番号※
 |  |
| 1. 社労士事務所名※

【社労士事務所のみ】1. ご確認のうえ☑をしてください。※
 | [ ] KXシステムを利用して電子申請等を行います。 |

■**社労士事務所が申込む場合**：入力箇所①～⑨は全てご入力ください。

※印には社労士事務所の情報を入力、　⑨の内容をご確認のうえ、☑を選択

してください。

本書に記入された内容はKXシステムの運用以外には使用しません。

利用申込書のFAX送信先

　印刷製本包装機械健康保険組合　　FAX番号　　03-3634-0428