**『社会保険・給与計算サポート』申込書（法人用）**

株式会社アントレサポート　　ＴＥＬ：03－5458－4221　　ＦＡＸ：03－5458－4222

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　込　概　要 | 利用開始予定日 | | | 年　　　月　　　日～ | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| サービス選択  （○を付けて下さい） | | | 社会保険ベーシックプラン | | | | | 給与計算ベーシックプラン | | | | | | | | | | | | | 社会保険＋給与計算プラン | | |
|  | 社員数3名まで  (￥12,000/月) | | | |  | 社員数3名まで  (￥12,000/月) | | | | | | | | | | | |  | 社員数3名まで  (￥16,000/月) | |
|  | 社員数4～5名まで  (￥15,000/月) | | | |  | 社員数4～5名まで  (￥15,000/月) | | | | | | | | | | | |  | 社員数4～5名まで  (￥20,000/月) | |
|  | 社員数6～10名まで  (\20,000/月) | | | |  | 社員数6～10名まで  (\20,000/月) | | | | | | | | | | | |  | 社員数6～10名まで  (\30,000/月) | |
|  | 社員数11～20名まで  (\25,000/月) | | | |  | 社員数11～20名まで  (\25,000/月) | | | | | | | | | | | |  | 社員数11～20名まで  (\40,000/月) | |
|  | 社員数21～30名まで  (\30,000/月) | | | |  | 社員数21～30名まで  (\30,000/月) | | | | | | | | | | | |  | 社員数21～30名まで  (\50,000/月) | |
|  | 社員数30名以上  (10名毎に\10,000/月) | | | |  | 社員数30名以上  (10名毎に\10,000/月) | | | | | | | | | | | |  | 社員数30名以上  (10名毎に\10,000/月) | |
| その他サービス | | |  | 住所貸し  (\10,000/月) | | | |  | 電話番号いつも転送プラン  (\5,000/月) | | | | | | | | | | | |  | 専用電話番号プラン  (\15,000/月) | |
| 申　込　者　情　報 | 会　社　情　報 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | 設立日 | | | | |  | | | | | |
| 会社名 | |  | | | | | | | | | |
| フリガナ | | （〒　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL,FAX | | TEL | |  | | | | | | | | | FAX | | |  | | | | | | |
| HPアドレス | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 会社概要  (業務、資本金等) | | 業務内容 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 取扱商品 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 取引先銀行 | | |  | | | | | | 主な取引先 | | | | | | |  | | | | |
| 資本金 | | |  | 年商 | | | | |  | | | | | | | | 社員数 | | |  |
| 代表者情報 | フリガナ | |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | |  | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 携帯 | |  | | | | | | | MAIL | | | |  | | | | | | | |
| フリガナ  住所 | | （〒　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | 携帯 | | | |  | | | | | | | | |
| 担当者氏名 | | |  | | | | | | | | MAIL | | | |  | | | | | | | | |
| フリガナ  請求書送付先 | | | （〒　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申込時**  **必要書類** | | | **1.申込書　2.会社謄本コピー　3.印鑑証明書コピー 4.代表者写真付き身分証明書（コピー可）※**  ※免許証両面のコピーをお送りください。お持ちでない場合には住民票(世帯分)および印鑑証明を併せてお送りください。  **【備考】**申込書類をお預かり後、審査をいたします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **契約時**  **必要書類** | | | **1.会社謄本(原本)　2. 印鑑証明書(原本)　3. 実印　4.代表者写真付き身分証明書（提示）※**  ※免許証。お持ちでない場合には、写真付の未分証明書や住民票(世帯分)および印鑑証明を併せてご提出ください。  ※上記必要書類の他に、別途資料のご提出をお願いする場合がございます。  ※御申し込み後、弊社パートナーの社会保険労務士より直接ご連絡させていただきます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**上記の通りお申込いたします。**

**平成　　　年　　　月　　　日**

実印

**住　　　　　所：**

**社　　　　　名：**

**代表者氏名：**