

【参加申込書】

| | | | | |
|------------------|--------|------------------------|--------|---|
| 希望日時 | 11月 | 日() | 時～ | 払込受領証貼付欄 |
| 参加者氏名 | (ふりがな) | | 性別 | 連絡先電話番号 ※日中連絡がとれる番号 |
| | | | 男 女 | |
| 事業所名 | | | | 会員事業所の方は、左に 会員番号を記入、または、 金融機関の受領印のある 平成29年度協会費払込 受領証のコピーを本欄に 貼付してください。 |
| 事業所所在地 | | | | 健康保険の種類 |
| 会 非 会 員 | 会員 | 番号 | | 全国健康保険協会(協会けんぽ) |
| | | 協会費払込受領証に記載されている7ケタの番号 | | 健康保険組合 その他 |
| | | | 非会員 不明 | |

※参加申込書1枚につき1名のお申し込みになります。複数お申し込みの場合は、参加申込書も印刷してください。返信用封筒は、申込人数分必要になります。

※返信用封筒が同封されていない等、お申し込みの不備がある場合は、抽選の際に落選となることがあります。ご注意ください。

※上記情報は、申し込み受付事務および応募結果の発送ならびに本会事業案内以外に使用いたしません。

-----キ---リ---ト---リ--->