日光「卓球練習会」参加申込書

申込責任者（組合員）	保険証記号	保険証番号	自宅住所　（〒　　－　　）
	事業所名		連絡先 ＴＥＬ　　－　　－ 携　帯　　－　　－
	フリガナ 氏名		生年月日 昭和・平成　　年　　月　　日

	保険証記号	保険証番号	氏　　名	性 別	年 齢	組合員との続 柄	卓球歴
参加者（組合員・家族）	（申込責任者）						年
							年
							年
							年

※　抽選後、当選者が参加を辞退された場合に参加を希望される方は 右記に〇印をご記入ください。	

※　貸しラケットを希望の方は右記に本数をご記入ください。	本

期　　日　　令和2年5月15日（金）

申 込 締 切 日　　令和2年3月23日（月）

参　加　料　　1名　6，000円（1泊2食付の宿泊料）

（組合員との続柄で両親・配偶者・子・孫）

1名　9，000円 その他の方（1泊2食付の宿泊料込）

問 い 合 わ せ　　出版健康保険組合　保健施設課

TEL　03－3292－5004　　FAX　03－3292－3186

※　参加者は、機関誌「すこやか」・ホームページに写真を掲載させていただく場合があります。