

施設事業参加申込書

事業所番号

参加施設名	大 会 教 室
参加年月日	年 月 日 ()

専務理事	
常務理事	
事務局長	
本部長	
部長	
課長	
課員	

裏面参加者名簿のとおり申し込み致します。

平成 年 月 日

所 在 地 〒

事 業 所 名

事 業 主 名

(印)

事務担当者名

電 話

東京都食品健康保険組合 殿

大人 利 用 料	円 × 名 =	(合計)	確 認 印
小人 用 料	円 × 名 =	¥	扱 者
チーム	円 × チーム =		

<注意事項>

- 印は記入しないでください。
- 事務担当者を通して、事業所ごとにお申し込みください。
- 各種大会、教室用の申込書です。

経理出納印

扱 者

参 加 者 名 簿

被保険者 番 号	参加者 区 別	利 用 者 名	年 齡	性 別	大人・小人	備 考
	本・扶			男・女	大・小	
	本・扶			男・女	大・小	
	本・扶			男・女	大・小	
	本・扶			男・女	大・小	
	本・扶			男・女	大・小	
	本・扶			男・女	大・小	
	本・扶			男・女	大・小	
	本・扶			男・女	大・小	
	本・扶			男・女	大・小	
	本・扶			男・女	大・小	
	本・扶			男・女	大・小	
	本・扶			男・女	大・小	
	本・扶			男・女	大・小	
	本・扶			男・女	大・小	
	本・扶			男・女	大・小	
	本・扶			男・女	大・小	
	本・扶			男・女	大・小	
	本・扶			男・女	大・小	
	本・扶			男・女	大・小	
<注意事項>				合計	大人	名
				小人	名	

1. 被保険者番号を必ずご記入ください。
2. 小人は小学生以下です。