

# 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



事務担当者名

電話

## 東京都食品健康保険組合 殿

大人 利 @ 円 × 名 = (合計)	確認印
小人 用 @ 円 × 名 = ￥	扱者
料 @ 円 × チーム =	
< 注意事項 > 1. 印は記入しないでください。 2. 事務担当者を通して、事業所ごとにお申し込みください。 3. 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 齢	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	
	本・扶			男・女	大・小	
				合計	大人	名
					小人	名

- <注意事項>
- 被保険者番号を必ずご記入ください。
  - 小人は小学生以下です。