



(あて先) 勤労者福祉サービスセンター

FAX 043-441-7775

E-Mail p-va@chibashi-sangyo.or.jp

あつ旋等申込用紙

令和 年 月 日

事業所番号				事業所名	
会員番号		フリガナ	ご連絡先電話番号		
		氏名	<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話		

チケット等受取方法および送付先 ※A欄に記載の際は、必ずどちらかお選びください。

窓口

代金引換郵便(事業所 ・ 自宅)

〒 —

A	チケット名・あつ旋名				
	日時	月 日()曜日	AM・PM(:)	~	
	希望数	円 × (セット・枚)	合計金額	円	
	チケット名・あつ旋名				
	日時	月 日()曜日	AM・PM(:)	~	
	希望数	円 × (セット・枚)	合計金額	円	

B	事業名					
	日時					
	人数	人	内訳	会員	人	登録家族
	支払方法	コンビニ振込用紙を送付します。			合計金額	円
	参加者氏名	区分	年齢	性別		
		会員・登録家族	歳	男・女		
		会員・登録家族	歳	男・女		

C	事業名		
	申込内容		
	数量		
	事業名		
	申込内容		
	数量		

【事務欄(以下は記入しないでください)】

処理欄

検印	係

受付印

請求金額

円