

# 日光「ウォーキング会」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 - -	
	フリガナ	生年月日			携 帯 - -	
	氏名	昭和・平成			年 月 日	
参加者	保険証記号	保険証番号	氏名	性別	年齢	組合員との続柄
	(申込責任者)					

※ 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○印をご記入ください。

期 日 2019年4月11日(木)

申込締切日 2019年2月20日(水)

参加料 1名 6,000円 組合員および家族(1泊2食付の宿泊料込)  
(組合員との続柄で両親・配偶者・子・孫)  
1名 8,000円 その他の方(1泊2食付の宿泊料込)

天候不順時 日光保養施設「つがのき」(午前6時決定)

問い合わせ TEL 0288-53-0473

ホームページ <http://www.phia.or.jp/>

携帯サイト <http://www.phia.or.jp/k/>

〔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。