日光「健康セミナー」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
参加者	（利用責任者）					

期　　日　　平成31年7月18日（木）

時　　間　　14時00分～16時00分

申込締切日　　平成31年5月20日（月）

参　加　料　　組合員および家族　　6，000円（組合員との続柄で両親・配偶者・子・孫）

その他の方　　8，000円

※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。