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　　－　　－ 携　帯　　－　　－
	フリガナ		生年月日
	氏名		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	（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　令和元年9月17日（火）

申込締切日　令和元年7月22日（月）

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。