

日光「ウォーキング会」参加申込書

(職員が先導を行います。歩くペースは参加者全員を考慮します)

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		
					T E L — — 携 帯 — —		
フリガナ				生年月日			
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 令和2年4月9日(木)

申込締切日 令和2年2月20日(木)

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。