

京都「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				
	フリガナ		TEL - -				
	氏名		携 帯 - -				
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 令和元年9月6日(金)

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)

(組合員および同行する親・配偶者・子・孫)

1名 9,000円 その他の方(1泊2食付の宿泊料込)

※天候不順時は午前7時以降、京都保養施設「すみのくら」または携帯サイトへ
お問い合わせください。

京都保養施設「すみのくら」

TEL 075-882-2248

携帯サイト <http://www.phia.or.jp/k/>

※ 参加者の写真を機関誌「すこやか」・ホームページに掲載させていただく場合があります。

[連絡先] 出版健康保険組合大阪支部 TEL 06-6944-4300 FAX 06-6944-4309
--

