

## 箱根「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	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
	(利用責任者)					

期 日 令和元年12月6日(金)

時 間 14時00分～16時00分

申込締切日 令和元年10月21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 9,000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。