

軽井沢「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		
				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5月12日(火)

申込締切日 令和2年3月23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 軽井沢保養施設「すずかり」(午前7時決定)

問い合わせ TEL 0267-48-1308

ホームページ <http://www.phia.or.jp/>

携帯サイト <http://www.phia.or.jp/k/>

※トップページ右上「各種大会開催状況」をクリックしてください。

〔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。