

社会保険協会・委員会ゴルフコンペ申込書

FAX.024-525-9312

参加者氏名			
生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日生
事業所名			
同所在地	〒 -		
電話番号	TEL. ()		
ハンディキャップ	オフィシャル () ・ プライベート ()		
組合せの連絡方法	何れかに○印 メール ・ FAX ・ 郵送		
メールアドレス・FAX			FAX. ()

※ハンディキャップを含め漏れなくご記入ください。

社会保険協会・委員会ボウリング大会参加申込書

FAX.024-525-9312

事業所記号		事業所名称						
		事業所所在地						
事業所電話番号		TEL. ()						
被保険者番号	被保険者氏名	性別	被保険者番号	被保険者氏名	性別	被保険者番号	被保険者氏名	性別
		男・女			男・女			男・女
		男・女			男・女			男・女
		男・女			男・女			男・女

《お問い合わせ・お申込先》 (一財) 福島県社会保険協会

〒960-8041 福島市大町5-2 千代田生命福島ビル4F
TEL.024-525-9311 FAX.024-525-9312