

令和5年度「みんなで楽しくボルダリング体験教室」参加申込書

*参加申し込みは1事業所4名以内でお願いします。

*該当する[申込区分]に○を付けてください。

*小・中学生の方は、年齢に○を付けてください。

氏 名	年 齢	性 別	申込区分	住 所
(ふりがな)			・被保険者 ・被扶養者	〒 代表者電話番号(— —)
(ふりがな)			・被保険者 ・被扶養者	〒
(ふりがな)			・被保険者 ・被扶養者	〒
(ふりがな)			・被保険者 ・被扶養者	〒

〒

申込日 令和5年____月____日 事業所所在地

事業所名称 管理 No.....

TEL FAX.....

送付先 一般財団法人新潟県社会保険協会

FAX 025-290-3201