

## 令和5年度「みんなで楽しくクライミング体験教室」参加申込書

\*参加申し込みは1事業所3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)			<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	〒 代表者電話番号(      —      —      )
(ふりがな)			<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	〒
(ふりがな)			<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 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