

第 34 回農協健保ゴルフ大会参加申込書

申込締切日は、10月15日（火）です。

定員になり次第、受付を終了させていただきます。

茨城県農協健康保険組合 行

(FAX 029-226-7554)

※複数組申込む場合にはコピーしてご利用ください。

事業所名						
記号	番号	事業所名	フリガナ	年齢	生年月日	性別
			氏名			
						男・女
						男・女
						男・女
						男・女

記入漏れがないかご確認ください。

令和6年 月 日

上記のとおり申し込みいたします。

申込代表者名 _____

連絡先（職場）TEL _____

FAX _____

代表者携帯 _____

(注意)

- ・ 参加決定通知書は、11月5日までに健保組合より申込代表者に送付いたします。
- ・ 組合せ及びスタート時間等につきましては、参加決定通知書にてお知らせいたします。
- ・ 予約金の納入はございませんのでお間違えのないようお願いします。
- ・ 記入いただいた個人情報は、本大会の運営と保健事業の効果検証に限り使用いたします。

茨城県農協健康保険組合