

全国健康保険協会

船員保険部船員保険企画グループあて

F A X : 0 3 - 6 8 6 2 - 3 0 6 6

「全国健康保険協会船員保険協議会」傍聴希望

船舶所有者名 : _____

(事業所名)

氏 名 : _____

電 話 番 号 : _____

F A X : _____

メールアドレス : _____

(傍聴者用の Zoom ウェビナーの URL を、メールにてお知らせします。)