

全国健康保険協会静岡支部保健グループあて

FAX 番号 0 5 4 - 2 7 5 - 6 6 0 9

全国健康保険協会静岡支部健康づくり推進部会

傍聴申し込み用紙 (F A X)

氏 名 : _____

住 所 : _____

電話番号 : _____

FAX 番号 : _____

事業所名 : _____

※FAX 番号の誤りにはくれぐれもご注意ください。

※個人の場合、事業所名は必要ありません。

※複数名お申込みの場合は、お一人ずつの記入をお願いいたします。