

全国健康保険協会千葉支部企画総務グループあて

F A X : 0 4 3 - 3 0 8 - 0 6 3 3

※ お間違え無きようお願いいたします。

第70回 千葉支部評議会

「 傍 聴 申 込 書 」

申込日 平成 年 月 日

(ふりがな) お 名 前			
役 職			
(ふりがな) 事 業 所 名			
事業所所在地		〒	
ご連絡先	電 話	( )	—
	F A X	( )	—

※ お送りいただきました申込書については、返却いたしません。

※ 傍聴希望者多数の場合、抽選となることがあります。傍聴ができない方にはご連絡申し上げます。