

全国健康保険協会岩手支部 企画総務部あて
FAX 番号：019-604-9117

岩手支部評議会 傍聴希望申込書

令和 年 月 日

事業所名： _____

役職名： _____

氏名： _____

住所： _____

電話番号： _____

※応募多数の場合は抽選とさせていただきます。抽選の結果、傍聴できない方にはご連絡いたします。