

F A X 0 3 - 6 8 5 3 - 6 5 6 5

全国健康保険協会 東京支部  
企画総務グループ 宛

## 東京支部評議会 傍聴申込書

事業所名：

---

氏 名：

---

電話番号：

---

F A X 番号：

---

※複数名お申し込みの場合は、お一人ずつの記載事項を記入してください。

※車椅子で傍聴を希望される方は、その旨お書き添えください。

※介護の方がいらっしゃる場合は、その方の氏名も併せてお書き添えください。