

# 施設利用会員証申込書

年 月 日

一般財団法人 神奈川県社会保険協会 あて

郵便番号 干 ー

事業所所在地

事業所名

事業所電話番号 ー ー

協会会員番号  
( 6 ケ タ )

連絡責任者氏名

連絡責任者の電話番号  
または携帯番号 ー ー

施設利用会員証ご希望枚数

枚

## 注意事項

- この申込書に記入された情報は、本事業以外の目的には使用いたしません。
- お申込みは1事業所3枚までとさせていただきます。
- 利用できる施設については、当協会ホームページでご確認ください。
- 他の割引サービスとの併用はできません。  
ただし、センポスの宿は、当協会の補助と併用は可能です。
- 協会会員番号は「社会保険かながわ」を送付している封筒の宛名、または「振替払込請求書兼受領証」に記載されています6ケタの番号です。
- FAXにてお申込みください。

一般財団法人 神奈川県社会保険協会

FAX番号 045-662-8441