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	〒　　―
事業所所在地	
事　業　所　名	
事業所電話番号	―　　―
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	―　　―

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下に記載されている6ケタの番号、または協会費の「払込受領証」に記載されているお問合せ番号11ケタのうち下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