

# ボウリング教室・大会参加申込書

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)

参加代表者氏名

参加代表者の連絡先電話番号又は携帯番号

## 教室

	(フリガナ) 氏名	性別	健康保険証記号・番号または 厚生年金保険事業所整理記号・被保険者番号	被保険者・被扶養者・小中高生 (○で囲んでください)
1		男・女		被保険者・被扶養者・ 被扶養者(小学・中学・高校)
2		男・女		被保険者・被扶養者・ 被扶養者(小学・中学・高校)
3		男・女		被保険者・被扶養者・ 被扶養者(小学・中学・高校)
4		男・女		被保険者・被扶養者・ 被扶養者(小学・中学・高校)

## 大会(個人戦)

	(フリガナ) 氏名	性別	健康保険証記号・番号または 厚生年金保険事業所整理記号・被保険者番号	
1		男・女		
2		男・女		

### 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。
- 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。
- 健康保険証記号番号又は厚生年金保険事業所整理記号被保険者番号欄は、事業所の記号番号(健康保険証 例:21140214-123)又は(厚生年金保険の事業所整理記号被保険者番号 例:21ABC-11)を記入してください。
- 教室・大会の両方には参加できません。
- お申込みはFAXにてお願いいたします。
- 募集人員に達した後にお申込みをされた方にはご連絡いたします。

一般財団法人 神奈川県社会保険協会 FAX番号 045-662-8441