

※中学生以下の方は年齢を○で囲んでください ※参加者区分・バス乗降車場所はそれぞれ該当・希望する箇所に○を付してください

氏 名	年 齢	参加者区分	住 所(ご自宅)	バス乗降車場所
(ふりがな)		被保険者 ご 家 族	〒 携帯電話番号(- -)	新潟駅南口
(ふりがな)		被保険者 ご 家 族	〒	道の駅豊栄
(ふりがな)		被保険者 ご 家 族	〒	新発田駅前通バス停

申込日 令和8年 月 日 事業所所在地 〒

事業所名称 管理 No tel fax