

※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	生年月日	参加者区分	住 所(ご自宅)	バス乗降車場所
(ふりがな) -----	S・H・R 年 月 日	被保険者 ご 家 族	〒 携帯電話番号 (- -)	長岡駅東口
(ふりがな) -----	S・H・R 年 月 日	被保険者 ご 家 族	〒	長岡 IC バス停
(ふりがな) -----	S・H・R 年 月 日	被保険者 ご 家 族	〒	小千谷 IC
(ふりがな) -----	S・H・R 年 月 日	被保険者 ご 家 族	〒	越後交通 十日町営業所

〒

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