

事業所所在地	〒 -					連絡先電話番号等	
						TEL	- -
事業所名称						FAX	- -
参 加 者						氏 名	年齢
			男・女	被保険者・家族	使用する・使用しない		
			男・女	被保険者・家族	使用する・使用しない		
			男・女	被保険者・家族	使用する・使用しない	応援参加人数	人

(注1) 年齢は大会当日の年齢を記入してください。
(注2) 性別・参加区分・マイボールの使用欄は、該当する事項に○を付してください。

送付先 | 一般財団法人 新潟県社会保険協会 FAX. 025-290-3201