

勝又健保野球場利用申込書

団 体 名	
-------	--

希望順	月日	曜日	利 用 時 間	利 用 人 数			利 用 責 任 者	
				被保険者	被扶養者	その他	氏 名	電 話
	/	()	～					
	/	()	～					
	/	()	～					
	/	()	～					
	/	()	～					
	/	()	～					

_____月分の勝又健保野球場の利用について、上記の通り希望します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込責任者

〒 _____

住所 _____

氏名 _____

電話 _____

※ご利用月の前月の1日までに、郵送またはFAXにて送付してください。

〒260-0012 千葉市中央区本町2-2-10 勝又健康保険組合 TEL 043-227-2125 FAX 043-222-8722
