

会 長	事務局長	担 当	台 帳

様式第18号の2

榛南地区勤労者共済会

インフルエンザ予防接種補助事業参加申込書

年 月 日

榛南地区勤労者共済会会長 様

事業所番号
(会員番号5桁)

--	--	--	--	--

事業所名

代表者名

印

インフルエンザ予防接種補助事業に参加したいので、下記のとおり申込みます。

記

個人番号 (3桁記入)	接種予定者の氏名 (個々に記入)	続柄	年齢	連絡先電話番号
会員	人・登録家族	人	合計	人

注
意
事
項

- ※ 申込期間を過ぎますと受付できませんのでご了承ください。(FAXまたは郵送で事務局へ)
- ※ 受付は先着順で、定数になり次第締め切ります。先着漏れの方のみ電話連絡します。
- ※ 補助対象者は会員及び高校生以上の登録家族で、1会員4名までです。