第39回大阪薬業健康保険組合野球大会参加申込書

	記　号　番　号	氏　　名	背 番 号	年　齢	
1	－				監　　督
2	－				主　　将
3	－				
4	－				
5	－				
6	－				
7	－				
8	－				
9	－				
10	－				
11	－				
12	－				
13	－				
14	－				
15	－				
16	－				
17	－				
18	－				
19	－				
20	－				

事　業　所　名

事業所所在地　　〒

連絡責任者氏名　　電話番号（会社）

試合当日の連絡先電話番号(携帯又は自宅)

※ ご記入いただきました内容については、この目的以外には使用いたしません。

※ 記号番号欄には、健康保険証の記号番号をご記入ください。

※ 申込締切日　　令和５年１月10日（火）を厳守してください。

【お申込み先】〒540-0037　大阪市中央区内平野町３丁目２番５号
大阪薬業健康保険組合　野球大会事務局
ＴＥＬ　06 - 6941 - 5002　ＦＡＸ　06 - 6942 - 9582