

第39回大阪薬業健康保険組合テニス大会参加申込書

男子ダブルス

ペア	記号番号	氏名 (ふりがな)	年齢	記号番号	氏名 (ふりがな)	年齢
A	—			—		
B	—			—		
C	—			—		
D	—			—		
E	—			—		

女子ダブルス

ペア	記号番号	氏名 (ふりがな)	年齢	記号番号	氏名 (ふりがな)	年齢
A	—			—		
B	—			—		
C	—			—		
D	—			—		
E	—			—		

*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。

事業所名 _____
〒 _____

事業所所在地 _____

連絡責任者氏名 _____ 電話 () _____

注1) 連絡責任者氏名・電話番号等の記入もれのないよう、ご注意ください。

注2) 申込締切期日 令和5年2月17日(金) を厳守してください。

【お申込み先】

〒540 - 0037 大阪府中央区平野町3丁目2番5号
大阪薬業健康保険組合 テニス大会事務局
TEL 06 - 6941 - 5002 FAX 06 - 6942 - 9582