

第40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、テニス大会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。

連絡責任者の電話番号は試合前日や当日に連絡が取れる電話番号をご記入ください。

注2) 申込締切期日 令和6年7月26日(金)を厳守してください。

【お申込み先】

〒540 - 0037 大阪市内平野町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