西暦 　　　年　　月　　日

**公益社団法人八王子市勤労者福祉サービスセンター 御中**

FAX申込書 　　　　**FAX ⇒ 042-620-7520**

|  |
| --- |
| 勤務先　事業所名 |
|  |

|  |
| --- |
| ご連絡先☎(自宅・会社・携帯)　※ 必須 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * 会　員　番　号
 | 会　員　名 | 申込み名称（施設・チケット・ツアー等） | 枚数 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | **-** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用（参加）者氏名 | 年齢 | 続柄 |  | 利用（参加）者氏名 | 年齢 | 続柄 |
| 　 | 　 | 本人　 |  | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * 会　員　番　号
 | 会　員　名 | 申込み名称（施設・チケット・ツアー等） | 枚数 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | **-** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用（参加）者氏名 | 年齢 | 続柄 |  | 利用（参加）者氏名 | 年齢 | 続柄 |
| 　 | 　 | 本人　 |  | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * 会　員　番　号
 | 会　員　名 | 申込み名称（施設・チケット・ツアー等） | 枚数 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | **-** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用（参加）者氏名 | 年齢 | 続柄 |  | 利用（参加）者氏名 | 年齢 | 続柄 |
| 　 | 　 | 本人　 |  | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * 会　員　番　号
 | 会　員　名 | 申込み名称（施設・チケット・ツアー等） | 枚数 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | **-** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用（参加）者氏名 | 年齢 | 続柄 |  | 利用（参加）者氏名 | 年齢 | 続柄 |
| 　 | 　 | 本人　 |  | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |  |  |  |  |

郵送の場合の住所

（事業所・自宅）　**〒**　　　-

この用紙はコピーしてお使い下さい。