

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 行き

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。