

生活習慣病予防教室参加申込書

事業所名 _____

記号番号	フリガナ 氏 名	性別	生年月日	年齢	電話番号	希望日
—						
—						
—						
—						

- 希望日は、10/10（土）・10/31（土）・11/14（土）・12/5（土）の中からお選びください。
- 全日とも8：15（受付）～12：00までの半日の実施となります。

送付先
〒406-0034 笛吹市石和町唐柏 1000-7
山梨県自動車販売整備健康保険組合
TEL 055-263-1651 FAX 055-263-1652