

保養プロジェクト申込書

申込日 年 月 日

保養御希望の方は、下記の申込み用紙に代表者の氏名と参加者のお名前などご記入ください。
※保養期間の安全のために、保険の加入に御協力をお願いいたします（性別/生年月日/年齢記載）
保険料は無料です。

フリガナ				年齢
代表者名				歳
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女	
フリガナ				
住 所	〒 都道 府県			
連絡先 (TEL又は携帯)		FAX		
Eメール	@			
保養 ご希望期間	例：2013年8月2日から8月7日 年 月 日 から 年 月 日			

ご参加される方のお名前をご記入ください。（※代表者のお名前は含みません）

NO	氏名	生年月日	年齢	性別
1		年 月 日	歳	男 ・ 女
2		年 月 日	歳	男 ・ 女
3		年 月 日	歳	男 ・ 女
4		年 月 日	歳	男 ・ 女
5		年 月 日	歳	男 ・ 女
6		年 月 日	歳	男 ・ 女

3.11虹の会 担当：中島 宛て

FAX番号：0172-69-1955