**宛先：健康管理係（FAX：025-284-2881）**

**若年層セミナー申込書**

（兼　決　定　通　知　書）

**〈申込期限〉令和６年７月12日(金)９：00必着**

令和　　年　　月　　日

　公立学校共済組合新潟支部長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 所属長  職氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職員コード  ※コードは左詰めにしてください | | | | | | | 氏名 | 年齢 | 決定 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※ 太枠内は必ず記入してください。また、本申込書を決定通知書とし、下欄を宛名として郵送しますので、郵便番号からはっきりと記載してください。

令和　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| （所属住所）  〒    所属名 様 |
|  | 所属名・コード | | | | | |
|  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |

公立学校共済組合新潟支部長

上記のとおり決定したのでお知らせします。