**宛先：健康管理係（FAX：025-284-2881）**

**セミナー申込書**（兼　決　定　通　知　書）

**〈申込期限〉令和４年７月12日(水)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 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職員氏名  コード | | | | | | 参加者氏名 | 職員との続柄 | コース  （A～E） | 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。

**※ 手話通訳等を希望される方は、コース記入欄の余白に記入してください。**

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　承認管理番号

上記のとおり決定したのでお知らせします。