

*この用紙は、複写してお使いください。

公益財団法人 金沢勤労者福祉サービスセンター 助成金対象者名簿

事業所名		事業所番号（上5ケタ）							
請求項目 (○を付ける)		1. 健康診断 2. 人間・脳ドック 3. 宿泊助成（公共の宿） 4. その他（ ・会員によって異なる場合は、下記の通信欄に該当する No. をご記入ください。・宿泊助成については、受診日欄の記入は不要です。							
No.	個人番号 (下4ケタ)	会員氏名	受 診 日				通 信 欄		
1			平・令	年	月	日			
2			平・令	年	月	日			
3			平・令	年	月	日			
4			平・令	年	月	日			
5			平・令	年	月	日			
6			平・令	年	月	日			
7			平・令	年	月	日			
8			平・令	年	月	日			
9			平・令	年	月	日			
10			平・令	年	月	日			
11			平・令	年	月	日			
12			平・令	年	月	日			
13			平・令	年	月	日			
14			平・令	年	月	日			
15			平・令	年	月	日			
16			平・令	年	月	日			
17			平・令	年	月	日			
18			平・令	年	月	日			
19			平・令	年	月	日			
20			平・令	年	月	日			
21			平・令	年	月	日			
22			平・令	年	月	日			
23			平・令	年	月	日			
24			平・令	年	月	日			
25			平・令	年	月	日			

*ご請求は、FAXまたは郵送で。

FAX : 076-234-7810