

*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。						
	個人番号 (下4ケタ)	会員氏名	受 診 日				通 信 欄
1			令和	年	月	日	
2			令和	年	月	日	
3			令和	年	月	日	
4			令和	年	月	日	
5			令和	年	月	日	
6			令和	年	月	日	
7			令和	年	月	日	
8			令和	年	月	日	
9			令和	年	月	日	
10			令和	年	月	日	
11			令和	年	月	日	
12			令和	年	月	日	
13			令和	年	月	日	
14			令和	年	月	日	
15			令和	年	月	日	
16			令和	年	月	日	
17			令和	年	月	日	
18			令和	年	月	日	
19			令和	年	月	日	
20			令和	年	月	日	
21			令和	年	月	日	
22			令和	年	月	日	
23			令和	年	月	日	
24			令和	年	月	日	
25			令和	年	月	日	

*ご請求は、FAXまたは郵送で。

FAX : 076-234-7810