

補助券請求書

太線枠内にご記入ください。

| | | | | | | |
|-------------------------|--|------|--|------|--------|---|
| 会員番号 | | | 会員氏名 | | | |
| 勤務先名 | | | | | | |
| 自宅住所 日中連絡先電話番号 | 〒 _____ ☎ () | | | | | |
| 該当の項目に ✓をご記入 ください | <input type="checkbox"/> はとバス | 利用日 | 月 日 | 利用枚数 | 枚 | |
| | | 利用者名 | 続柄 () | | 続柄 () | |
| | <input type="checkbox"/> カルチャー 教室 | 受講者名 | 続柄 () | | 受講月 | 年 月 |
| | | 教室名 | <input type="checkbox"/> 朝日カルチャー (_____ 教室) <input type="checkbox"/> 読売・日本テレビ文化センターよみうりカルチャー錦糸町 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 人間ドック | 医療機関 | <input type="checkbox"/> 同愛記念病院 <input type="checkbox"/> 賛育会病院 <input type="checkbox"/> 済生会向島病院 <input type="checkbox"/> こころとからだの元気プラザ <input type="checkbox"/> スリーエス メディカルクリニック | | 内容 | <input type="checkbox"/> 日帰り <input type="checkbox"/> 1泊 |
| 利用日 | | | 月 日 | | | |
| 受取方法 | <input type="checkbox"/> 補助券を、郵送してください。(原則、登録のご自宅へお送りします。勤務先へ郵送ご希望の方は、備考欄へその旨ご記入ください。) <input type="checkbox"/> 補助券を、窓口にて受け取ります。(お申込みから1週間を目安に窓口までお越しください。) | | | | | |
| 備考欄 | | | | | | |

年 月 日

申請者 _____

| |
|-------|
| 受 付 印 |
| |