

No.

# 保健事業参加申込書

No.	被保険者証の番号	フリガナ 氏名	※年齢	性別	電話番号	薬局名(勤務先)	組合加入の有無
1	34-			男・女	( ) -		加入・未加入
2	34-			男・女	( ) -		加入・未加入
3	34-			男・女	( ) -		加入・未加入
4	34-			男・女	( ) -		加入・未加入
5	34-			男・女	( ) -		加入・未加入

※年齢は、実施日現在でご記入ください。

上記のとおり\_\_\_\_\_名申し込みます。

令和 年 月 日

組合員名(グループの場合は代表者名)

氏名 \_\_\_\_\_ 日中の連絡先( ) - ( 薬局・自宅 )

住 所 〒 \_\_\_\_\_

当日の連絡先(携帯電話をお持ちの方は携帯電話番号をお願いします)

( ) - ( 携帯・薬局・自宅 )

## 【お申込み方法】

「参加申込書」を郵便、Fax(045-752-6244)又はメール(kyokokuho@mail.kpa.or.jp)でお送りください。  
郵送の場合は、〒235-0007横浜市磯子区西町14-11 神奈川県薬剤師国保組合までお願いします。

## 【注意事項】

※グループでの参加をご希望の方は、グループ単位でお申し込みください。(未加入者のみの参加は申し込みできません。)  
※参加賞のギフトカードは、加入者のみとさせていただきます。