

No.

## “よこはま・さんぽ 港北区大倉山”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 ( ) -			加入者・未加入者
2	34-			男・女 ( ) -			加入者・未加入者
3	34-			男・女 ( ) -			加入者・未加入者
4	34-			男・女 ( ) -			加入者・未加入者
5	34-			男・女 ( ) -			加入者・未加入者

※年齢は、平成30年2月18日現在でご記入ください。

上記のとおり\_\_\_\_\_名申し込みます。

平成 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)で組合までお送りください。

郵送の場合は、〒235-0007横浜市磯子区西町14-11 神奈川県薬剤師国民健康保険組合(保健事業係)までお願いします。

平成30年1月31日(水)締め切りです(当日消印有効)。

### 【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。)

※完歩賞のギフトカードは、神奈川県薬剤師国保組合加入者のみとさせていただきます。