

インフルエンザ予防接種助成申込書 (事業所用)

※この用紙を使用し、まとめて申請された場合、事業所にクオカードをまとめて郵送します。
領収書は可能であれば表面に、人数が多い場合は裏面に貼付してください。



申込書の提出先: ☎650-0033 神戸市中央区江戸町104番地 江戸町104 6階
神戸市勤労者福祉共済「インフルエンザ係」

申 込 代 表 者				イベント名【 インフルエンザ予防接種助成 】			
企 業 番 号	0			会 員 番 号			
企 業 名				フ リ ガ ナ			
				お 名 前			
企 業 電 話 番 号	()	—		F A X 番 号	()	—	
共済への連絡事項							
クオカード 送付先	〒 — ご登録の所在地の場合はこちらをチェック						参加者数

No.	企業番号・会員番号 (会員本人でない場合は会員との続柄も)	参加者名	フリガナ	年 齢	性 別
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

※申込書に記載された個人情報は、利用目的以外に使用いたしません。