

会員サービス申込書

受付日	令和 年 月 日	受付者		
利用施設名				
事業所名			会員番号	
代表者名			業 種	
申込者氏名			従業員数	
生命共済制度 (くすのき)加入の有無	有 ()名	無		
所在地	〒			
TEL・FAX	TEL		FAX	
利用者氏名		性別	生年月日	検診日
1		男 女	S H	
2		男 女	S H	
3		男 女	S H	
4		男 女	S H	
5		男 女	S H	
6		男 女	S H	
7		男 女	S H	
8		男 女	S H	
9		男 女	S H	
10		男 女	S H	
合計	名			

★申込についての注意事項★

- ★予約等については、すべて利用者で行って下さい。また、キャンセルに係る費用は利用者負担となります。
 - ★西宮市医師会への予約の際、西宮商工会議所の割引チケットを使用する旨をお申し出ください。
 - ★申込書の受付は、当会議所窓口で行いますので当所までご来所願います。
 - ★チケットの有効期間は、発行より6ヶ月です。
- (電話、ファックスでの受付は行っていません)

西宮商工会議所
662-0854 西宮市櫛塚町2-20
TEL. 0798-33-1131 FAX. 33-4988

* 本会員サービスの申込書にご記入いただいた個人情報は、会員サービス事業の運営管理並びに
会員事業所および申込者への連絡・情報提供にのみに利用します。