

## 会員サービス申込書

申込日	年 月 日		
利用施設名	西宮市医師会(西宮健康開発センター)		
事業所名		会員番号	
代表者名		業 種	
申込者氏名		従業員数	
所在地	〒		
TEL		FAX	
メールアドレス (チケット送付先)			
生命共済制度(くすのき)加入	有 ・ 無		
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		

\* 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。

### ★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。

★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。

★チケットは記載いただいたメールアドレス宛に送信します。

★チケットの有効期間は、発行より6ヶ月です。

西宮商工会議所  
〒662-0854 西宮市櫛塚町2-20  
TEL:0798-33-1131  
FAX:0798-33-3288