

秋川球場抽選申込書

健康保険証	記号		番号	
被保険者名	自宅(携帯)TEL ()			
事業所名	勤務先 TEL ()			
結果送付先	自宅・勤務先 (どちらかに○をしてください)	〒 -		
	第1希望	第2希望	第3希望	
希望日	月 日	月 日	月	日
希望時間	時～ 時	時～ 時	時～	時

◇利用時間

午前9時～午前11時 午前11時～午後1時
午後1時～午後 3時 午後3時～午後5時

◇申込先

多摩支部総務課
〒190-0022 立川市錦町1-8-13 シンテイタマビル4階
TEL 042(521)6611 FAX 042(521)6610

※記入していただいた個人情報は、施設の申込のみに利用いたします。