

※このまま印刷してご利用ください。(FAX: 023-624-1700)

＜施設利用補助券申請用紙 グループ用＞

一般財団法人山形県教職員互助会理事長 殿

利用年月日	令和 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 1泊 <input type="checkbox"/> 2泊
宿泊施設名	

NO	特別加入者番号	特別加入者氏名
1		送付先
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

＜お問い合わせ先＞

一般財団法人山形県教職員互助会 厚生担当  
〒990-8570 山形市松波二丁目8番1号  
TEL: 023-631-5115