**＜申請期限＞**

**5日前まで（土･日･祝･年末年始除く）**

※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　　□１泊　　□２泊 |
| 宿泊施設名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 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