

<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 <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