健康保養施設利用券申請書

埼玉県市町村職員共済組合　施設課宛

「コンドミニアム　フラットレット草津」に宿泊するため、健康保養施設利用券を＿＿＿＿枚交付ください。

※　この申請書は、「コンドミニアム フラットレット草津」の利用券申請のみにご利用いただけます。

所 属 所 名	
代 表 者 氏 名	
送 付 先 住 所	〒
電 話 番 号	（日中連絡のつく電話番号を記載して下さい。）

宿　泊　日	年　　月　　日 ～　（　　泊　　日 ）

◎　代表者を含め、ご利用される組合員及び被扶養者全員をご記入下さい。

No.	組合員証記号番号	氏　　名	生 年 月 日	備　考	共済組合使用欄	
					2,000円	500円
1	－					
2	－					
3	－					
4	－					
5	－					
6	－					
7	－					
8	－					
9	－					
10	－					
				合　計		

注1）1泊につき、1人1枚のご利用となります。

注2）小学生未満の方のご利用の場合、備考欄に「寝具」のあり、なしをご記入ください。

共済組合 使 用 欄	利用券送付年月日	担当者
	年　　月　　日	