

松下社会福祉事業福利厚生基金リフレッシュサポート事業

# 第1回映画鑑賞券申込書

申込期間 平成30年4月16日(月)～4月26日(木)

共済会事業所 No. \_\_\_\_\_  
※4ケタの番号です。

事業所共済会会員数 \_\_\_\_\_人  
※会員数 50名未満 10名まで申込可能  
会員数 50名以上 20名まで申込可能

法人名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

連絡先 TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

申込枚数

内訳 \_\_\_\_\_ 枚

No.	共済会会員番号	氏名	備考
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

1年で1人1回です。一度当選された方は、対象外となります。

- \* 申込期間以外の申込みは無効とさせていただきます。
- \* 募集人数を超えた場合は、抽選となります。
- \* 当選者へのお知らせは、映画鑑賞券の発送をもってかえさせていただきます。
- \* 映画鑑賞券の発送は、締切後1週間程度をめどに行います。