

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3回映画鑑賞券申込書

申込期間 平成30年10月1日(月)～10月19日(金)

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。