

平成 年 月 日

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 回映画鑑賞券申込書

申し込み締切 月 日( )

### 《利用有効期限 月末》

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 5 名まで申込可能  
会員数 50 名以上 10 名まで申込可能

法人名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

連絡先 TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

申し込み枚数 \_\_\_\_\_ 枚

内訳

No.	共済会会員番号	氏 名	備考
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

- \* 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。
- \* 募集人数を超えた場合は、抽選となります。
- \* 当選者は、参加者の決定は発送をもってかえさせていただきます。
- \* 発送は、締め切り後、1週間をめどに行います。