

→FAX 052-212-5510 愛知県民間社会福祉事業職員共済会 行

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2回映画鑑賞券申込書

申込期間 令和7年10月6日(月)～10月16日(木)

共済会新事業所 No.

※7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 30名まで申込可能
会員数100名以上 50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 _____ 枚

内訳

※用紙が足りない場合は複写してお使いください。

	共済会会員番号 (5ケタ or 6ケタ)	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。

映画券の発送は、申込締切から2週間を目途に発送いたします。