

夏季保養施設申込書

利 用 券	
発行月日	月 日
番 号	

事業所名		健康保険	記号 - 番号			
代表者氏名 (組合員)		電話	※平日9～16時半に連絡可能な番号			
		携帯				
		会社				
送付先住所	〒					
施設名称	軽井沢マリオットホテル (ノースウィング)					
希望年月日 (最大2泊まで)	開設期間	令和 7 年 7 月 26 日から 8 月 16 日まで				
	第1希望	令和	年	月	日	から 月 日 まで (泊)
	第2希望	令和	年	月	日	から 月 日 まで (泊)
	第3希望	令和	年	月	日	から 月 日 まで (泊)
落選の場合、キャンセル待ちを希望しますか。▶ はい ・ いいえ (○をしてください)						
宿 泊 者 名 簿 (宿泊者全員をご記入ください。)						
健康保険 記号 - 番号	氏名	年齢	続柄	未就学児の寝具 (どちらかに○)	朝食の有無 (どちらかに○)	備 考
	代表者氏名			必要 ・ 不要	必要 ・ 不要	
				必要 ・ 不要	必要 ・ 不要	
				必要 ・ 不要	必要 ・ 不要	
				必要 ・ 不要	必要 ・ 不要	
				必要 ・ 不要	必要 ・ 不要	
利用者人数	名					

※寝具不要の未就学児は定員人数(4名)に含みません。

- ・名簿が足りない場合はコピーしてお使いください。
- ・消える筆記具のご使用はご遠慮ください。

申込期間	令和7年4月1日(火) ~ 令和7年5月11日(日)	
申込フォーム	https://forms.gle/fktNzv1dMwA4sfkE9 ※右記コード(GoogleForms)よりお申込みいただけます。	
FAX	03-3949-3005 ※到着確認電話(03-3949-3001)必須	
郵送先	〒170-0004東京都豊島区北大塚2-34-22 東京都洋菓子健康保険組合	

受付年月日

個人情報の取扱い:申込書の個人情報は、保健事業の実施以外の目的で利用することはありません。