

メール、FAXまたは郵送でお申し込みください

「民話の里遠野 健康ウォーク2025」 参加申込書

一般財団法人

岩手県社会保険協会 宛

Email:i-kyokai@syahokyo-iwate.com

F A X:019-626-0252

住 所:〒020-0021 盛岡市中央通1-6-26

当協会HPの「参加申込書」も
ご利用ください。

<https://www.syahokyo-iwate.com>

申込期限／2025年4月11日(金)必着

6kmコース

9kmコース

(参加されるコースにしてください。)

代表者 氏名	男・女	歳	氏名	男・女	歳 (学年)
氏名	男・女	歳 (学年)	氏名	男・女	歳 (学年)
氏名	男・女	歳 (学年)	氏名	男・女	歳 (学年)
氏名	男・女	歳 (学年)	氏名	男・女	歳 (学年)
氏名	男・女	歳 (学年)	氏名	男・女	歳 (学年)

代表者
勤務先名

TEL

代表者
連絡先 TEL

(日中に連絡のとれる携帯電話など)

※コースごとにお申し込みください。(コピー可)

※小学生のお子様は学年をご記入願います。

※FAX送信にあたっては、送信面(表裏)を再度ご確認ください。

※受付番号等をメールまたはFAXでご連絡します。郵送の場合は事業所へ送付します。

※FAXで申込の場合はFAX番号をお知らせください。

連絡用FAX番号(代表者自宅・事業所)

()