

注：必ず、別紙の案内要項、および下記注意事項をよくご覧になってお申込みください。

東京ディズニーリゾートコーポレートプログラム利用券申込書

一般財団法人石川県社会保険協会 御中

令和 年 月 日

事業所名称	⑨ ※必ず印鑑を押してください。		
事業所整理記号	(例：金北-イロハ) ※お分かりになる場合ご記入ください。		
事業所所在地			
連絡責任者氏名			
連絡先電話番号			
健康保険証番号	利用者氏名	年齢	利用年月日

※ご記入いただいた、個人情報はこの事業以外には使用いたしません。記入内容に不備がある場合はお送りしません。

【注意事項】

- 対象者は、協会会員事業所様の事業主、被保険者及び被扶養配偶者です。(お子様は対象外です。)
- 先に別紙コーポレートプログラムの案内要項をご確認ください。
- 必ず、ご利用される方の氏名・年齢・利用日等をご記入のうえ、お申込みください。
(1枚で書ききれない場合は、別紙に利用者にかかる欄のみご記入のうえ添付してください。)
- 発送には、10日程かかる場合があるため、余裕をもってお申込みください。
- 本券を受領した後、中止等で利用しない場合は、お手数ですがご返却ください。
- 本券は譲渡できません。

(転売等の防止のため、利用券に書かれた番号と利用者さまの会社・氏名を当会で照合させていただきます。)

返信用封筒に貼付する切手の目安

申込枚数	貼付切手額
1枚～10枚	84円
11枚～25枚	94円
26枚～50枚	140円

申込書郵送先

(一財)石川県社会保険協会

〒921-8021 金沢市御影町20番1号

※必ず返信用封筒(切手貼付済のもの)
を一緒にご郵送ください。

郵送のみの受付です。FAX不可。

協会使用欄(この欄は空白のままご提出ください。)

発券 No

受付