

用紙はコピーして
お使いください。

FAXでの申込み可 (FAX) 097-556-3221

一般財団法人 大分県教職員互助会

確認

厚生事業申込書

希望行事 (希望行事を○印で囲んでください)

フィールドワーク・国内旅行・海外旅行

※フィールドワークのみ希望の乗車場所を記入してください。
ただし、申込み状況によっては乗車場所が希望と異なる場合があります。予めご了承ください。

希望コース名 () コース

| No. | 所属名・所属コード | | 参加者氏名 | 職員番号 | 年齢 | 性別 | 続柄 | 乗車場所 |
|-----|-----------|-------|-------|------|----|----|----|------|
| 1 | 所属名 | 所属コード | フリガナ | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 2 | 所属名 | 所属コード | フリガナ | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 3 | 所属名 | 所属コード | フリガナ | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 4 | 所属名 | 所属コード | フリガナ | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 5 | 所属名 | 所属コード | フリガナ | | | | | |
| | | | | | | | | |

備考欄

年 月 日

【注意事項】

- ・申込み多数の場合は抽選となります
 - ・抽選はこの申込書単位でおこないます。
- ※同一天事や日程が重なる旅行の重複申込みはできません。

所属名

申込人(代表者)氏名

※旅行代金振込時の手数料は個人負担です。

参加代表者の緊急連絡先(携帯番号)を記入してください。

— —

この行事に関する緊急連絡事項が発生した際に利用させていただきます。

【補助対象】 会員本人、会員の被扶養者(注1)、会員の子(注2)

- (注1) ・公立学校共済組合で認定され「公立学校共済組合被扶養者証」の交付がある方
 ・公立学校共済組合以外の場合は、加入する「健康保険被扶養者証」の交付がある方

(注2) ・18歳以下の会員の子(ただし18歳となった年度末まで)

扶養家族ではない「その他家族」も申込みはできますが、補助はありません。

【厚生事業の参加条件】

- フィールドワーク 家族のみの参加も可
- 国内旅行 家族のみの参加不可
- 海外旅行 家族のみの参加不可、年度1回のみ補助

旅行手配のために必要な範囲内での運送・宿泊機関・保険会社等への個人情報の提供について同意のうえ、上記のとおり申し込みます。

(注) この申込書については、会員資格確認後、旅行業法に基づき互助会から旅行企画実施会社に引き継ぎ、参加者と旅行会社が募集型企画旅行契約を締結することになります。この申込書は旅行会社にて保管します。(個人情報については、個人情報保護方針に則り厳重に管理します。)