

# 健康サロン利用申込書

申入日 年 月 日

該当する施設を選んでください。

丸ビル 11階

かぐらクリニック多目的ルーム

下記までご返送ください。

(申込先) 一般社団法人健康職場推進機構事務局

TEL 03-6268-0228

**FAX 03-6268-0229**

健康サロン利用規定を承諾の上、下記の通り申込いたします。

フリガナ	
申込者氏名	
連絡先	TEL: Email:
社名(団体名)	
プログラムのタイトル	
利用日	2019年 月 日、 月 日、 月 日
利用時間	時 分 ~ 時 分
利用人数	
利用料金	円(税込)
その他事項	

## 【利用料金支払先】

三菱UFJ 銀行 本店

普通口座 2159904 口座名 一般社団法人 健康職場推進機構 代表理事 伊藤直

※振込手数料はご負担ください。