年　　月　　日

福島県看護会館駐車場休日利用優待券申込書

申込先 ： 公益社団法人福島県看護協会　総務課

ＦＡＸ ： 　０２４－９９１－５５６０

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設番号  ※個人会員は記入不要 |  |  |  |  |  |
| 施 設 名  ※個人会員は記入不要 |  | | | | |
| 施設住所  ※個人会員は自宅住所 | 〒　　　－　　　　　　　TEL　　　　-　　　　- | | | | |
| 申込担当者名  ※個人会員は記入不要 | 職位:　　　　　　　　　　 氏名: | | | | |
| 希望枚数 | 枚  ※一度の受付期間に申込できる枚数は申込時の会員数が上限です。  （個人会員は一回一枚まで） | | | | |

※できるだけ施設で取りまとめてお申し込みください。

　同一受付期間内に、一つの施設で複数の申し込みがあった場合、希望枚数を合計して送付します（配付上限を超えた分は無効となります）。

※申込担当名に関わらず、優待券の送付先宛名は協会だより等の送付宛名と同じになりますので、ご了承ください。