

(様式2)

令和 年 月 日

参加申込書

国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院 病院長 那須 二郎 様

(参加者)

郵便番号

所在地

事務所名

代表者氏名

㊞

担当連絡先

部署名	
(フリガナ)	
氏名	
電話番号	
FAX番号	
E-mail	