説明会参加申請書

令和　　年　　月　　日

沖縄県国民健康保険団体連合会

　理事長　下　地　敏　彦　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　郵便番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称又は商号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　沖縄県国民健康保険団体連合会保険者支援課が実施する下記の事業に関する説明会に参加します。

記

○　件名　国民健康保険広報共同事業に関する効果検証事業