

公益財団法人富山県労働福祉基金

Fax 076-431-0510 行

スキーリフト券申込書

年 月 日

勤務先 住所	〒		
勤務先			
担当部署 担当者名			
希望枚数	枚	いずれかに○	・取りに来る ・郵送希望
連絡先 TEL			
FAX			

※ 福祉基金は富山県下の勤労者福利厚生の上を目的としています。多くの勤労者の方に利用していただくため、下記についてご協力を願います。

1. 1事業所申込み上限30枚とし、必要枚数で申込み下さい。
2. 会社・組合等に取りまとめて申込み下さい。
(勤務先・勤務住所・担当者名は必ずご記入下さい)
3. 個人での申込み・送付についてはお断りさせていただきますので、ご了承ください。

〒930-0857 富山市奥田新町8番1号 ボルファートとやま1階
公益財団法人富山県労働福祉基金 TEL 076-431-0539