

# 学校訪問型説明会申込書

\_\_\_\_\_年 月 日

日本私立学校振興・共済事業団

\_\_\_\_\_ガーデンパレス共済業務課 宛

## 1. 申込者

学校番号 \_\_\_\_\_ 学校名 \_\_\_\_\_

担当部署名 \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_ (☎ \_\_\_\_\_)

## 2. 開催を希望する日程

●第一希望： \_\_\_\_\_年 月 日 ( \_\_\_\_\_曜日) 時間 ( \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ )

●第二希望： \_\_\_\_\_年 月 日 ( \_\_\_\_\_曜日) 時間 ( \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ )

●第三希望： \_\_\_\_\_年 月 日 ( \_\_\_\_\_曜日) 時間 ( \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ )

## 3. 希望する説明内容(希望するものに☑してください。複数可)

健康保険 年金制度の概要

福祉事業 (積立貯金・積立共済年金・共済定期保険を含みます。)

## 4. 参加見込み人数 ●約 \_\_\_\_\_名

原則10名様から承ります。  
少人数の場合はご相談ください。

(学校所在地と説明会場が異なる場合のみご記入ください。)

## 5. 会場の所在地

●所在地 \_\_\_\_\_

●会場名 \_\_\_\_\_

注) 状況により開催のご要望に沿えない場合があります。

ホームページ掲載の各共済業務課宛に郵送、またはFAXでお申し込みください。