令和６年度栃木県国民健康保険団体連合会職場説明会

参加申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 学校名  ※既卒の方は出身校を記入 |  |
| 学部・学科・専攻等 |  |
| 卒業区分  ※あてはまる方に○をつける | 令和7年3月卒業見込み　・　既卒（令和　　　年　　　月卒業） |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

※記入いただいた個人情報は職場説明会業務のみに使用し、それ以外の目的では利用いたしません。

また、個人情報を第三者に提供したり、外部へ提供したりすることはありません。

送付先

〒320-0033

栃木県宇都宮市本町3番9号　栃木県本町合同ビル6階

栃木県国民健康保険団体連合会　総務課総務担当あて

※封筒に「職場説明会参加申し込み」と朱書きしてください。

締め切り

令和6年7月24日（水）必着