

特別給付受給資格取得申請書

年 月 日

一般財団法人地方競馬共済会理事長 殿

会員証番号

氏 名

㊞

このたび一般財団法人地方競馬共済会特別給付規程を了承のうえ受給資格を得たいので、同規程第 5 条の規定に基づき特別会費を添えて申請します。

フリガナ		性 別	男 女	生 年	年 月 日
氏 名				月 日	
所 属	競 馬 場			調 教 師 名	