

宿 泊 証 明 書

(「領収書」に必要事項が明記されていない場合にご提出ください)

1 申込代表者 又は事業所名									
2 宿泊施設名									
3 宿泊年月日	平成 西暦	年	月	日	～	平成 西暦	年	月	日 (泊)
4 (宿泊利用者のうち) 助成申請者氏名 ※助成申請者以外 の方のお名前は 書かないでくだ さい。	1		6						
	2		7						
	3		8						
	4		9						
	5		10						
5 宿泊総経費					円				
6 宿泊利用者 総合計人数					名				

※申請者様へ

上の表に必要事項を記入した後、下欄に宿泊施設又は旅行会社に証明を依頼してください。

※宿泊施設または旅行会社の担当者様

ご面倒をおかけして誠に恐縮ではございますが、上記申請者が宿泊利用したことを下欄にて証明していただきますようお願いいたします。

一般社団法人山口県勤労福祉共済会
TEL 083-933-3223 / FAX 083-933-3229

上記のとおり宿泊したことを証明します。

平成
西暦

年 月 日

所 在 地

宿 泊 施 設 又 は
旅 行 会 社 名

