**【一時サポート金利用申込書】**

会員番号

氏　　名

**いずれかに〇印を入れてください**

①　一時サポート金の利用申し込み

す　る　・　しない

※申し込みしない場合は、ご返信されなくて構いません

②　サポート金返納方法（療養費から控除させていただきます）

4月20日一括　・　4月20日より3回分納（4月・5月・6月）

**返　送　先**

**都柔整FAX：03-3815-0811**

**メールアドレス：tjs@tjs.or.jp**

**（メールの場合は上記項目の回答を明記ください）**

**返信期日：令和7年2月19日必着でお願いします**