

健康 スマイリー

普代村健康ポイント事業

参加申込書

申込日	令和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
フリガナ			
氏名			
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 生まれ		
住所	〒 —		
電話番号			

【個人情報の取り扱いについて】

この個人情報は、普代村健康ポイント事業及び関連事務(対象事業の案内等)のみに使用します。

同意します

上の申込書に必要事項を記入のうえ、普代村保健センターに提出してください(郵送、FAX可)。
直接ご提出以外の場合の送付先 ◆郵送先:〒028-8392 普代村9-13-2 普代村保健センター
◆FAX送信先:36-1026