

3人で歩いて健康UP事業 申込書

吉備中央町 保健課 地域保健班 行

<締め切り> 2026年11月30日(月) FAX送信票は不要

FAX送信先：0866-54-1306

①チーム部門

代表者	ふりがな		性別	男・女	年齢	歳
	氏名					
	住所 〒		電話	() —		
	保険種別	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢 ・ その他 ()				
	ウォーキング習慣	あり (回/週) なし				
参加者	ふりがな		性別	男・女	年齢	歳
	氏名					
	住所 〒		電話	() —		
	保険種別	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢 ・ その他 ()				
	ウォーキング習慣	あり (回/週) なし				
参加者	ふりがな		性別	男・女	年齢	歳
	氏名					
	住所 〒		電話	() —		
	保険種別	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢 ・ その他 ()				
	ウォーキング習慣	あり (回/週) なし				
該当する項目に○をつけてください。 3人の関係： 家族 ・ 友人 ・ 近所の仲間 ・ 職場の仲間 ・ その他 ()						

②個人部門

参加者	ふりがな		性別	男・女	年齢	歳
	氏名					
	住所 〒		電話	() —		
	保険種別	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢 ・ その他 ()				
	ウォーキング習慣	あり (回/週) なし				

* 申込者の個人情報とは、適切に管理し、事業目的以外には使用しません。

吉備中央町 保健課