

お申し込みは、FAX送信もしくは郵送、または鏡野町のウェブサイトより申請いただけます。

FAX送信表

FAX(0868)54-2891

健康推進課 宛

申し込み期限

11月15日(金)まで

令和6年度 かがみの健康チャレンジ 90日

申込書

チャレンジ90日に参加される方は、必ず申し込みが必要です。

ふりがな 氏 名	(歳)	性 別	☐ 男 ☐ 女	健康保険の 種類	☐ 国保 ☐ 国保以外
自宅の 住所	〒			チャレンジ目標をひとつお選びください	
電話番号				☐ 1コース ☐ 2コース ☐ 3コース ☐ 4コース ☐ 5コース ☐ 6コース ☐ 7コース ☐ 8コース	

ふりがな 氏 名	(歳)	性 別	☐ 男 ☐ 女	健康保険の 種類	☐ 国保 ☐ 国保以外
自宅の 住所	〒			チャレンジ目標をひとつお選びください	
電話番号				☐ 1コース ☐ 2コース ☐ 3コース ☐ 4コース ☐ 5コース ☐ 6コース ☐ 7コース ☐ 8コース	

ふりがな 氏 名	(歳)	性 別	☐ 男 ☐ 女	健康保険の 種類	☐ 国保 ☐ 国保以外
自宅の 住所	〒			チャレンジ目標をひとつお選びください	
電話番号				☐ 1コース ☐ 2コース ☐ 3コース ☐ 4コース ☐ 5コース ☐ 6コース ☐ 7コース ☐ 8コース	

ふりがな 氏 名	(歳)	性 別	☐ 男 ☐ 女	健康保険の 種類	☐ 国保 ☐ 国保以外
自宅の 住所	〒			チャレンジ目標をひとつお選びください	
電話番号				☐ 1コース ☐ 2コース ☐ 3コース ☐ 4コース ☐ 5コース ☐ 6コース ☐ 7コース ☐ 8コース	

*ご記入いただいた個人情報は、今回の事業以外では一切使用いたしません。