

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

鏡野町健康推進課 宛

カードを追加で郵送します

必要数

枚

申し込み期限

11月14日金まで

令和
7年度

かがみの健康チャレンジ90日 申込書

チャレンジ90日に参加される方には、必ず申し込みが必要です。

ふりがな		性別	☐ 男 ☐ 女	健康保険の 種 類	☐ 国保 ☐ 国保以外
氏 名	(歳)				
自 宅 の 住 所	〒	チャレンジ目標をひとつお選びください ☐ 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			
電話番号					

ふりがな		性別	☐ 男 ☐ 女	健康保険の 種 類	☐ 国保 ☐ 国保以外
氏 名	(歳)				
自 宅 の 住 所	〒	チャレンジ目標をひとつお選びください ☐ 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			
電話番号					

ふりがな		性別	☐ 男 ☐ 女	健康保険の 種 類	☐ 国保 ☐ 国保以外
氏 名	(歳)				
自 宅 の 住 所	〒	チャレンジ目標をひとつお選びください ☐ 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			
電話番号					

ふりがな		性別	☐ 男 ☐ 女	健康保険の 種 類	☐ 国保 ☐ 国保以外
氏 名	(歳)				
自 宅 の 住 所	〒	チャレンジ目標をひとつお選びください ☐ 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			
電話番号					

※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。