

お申し込みは、FAX送信もしくは郵送、または鏡野町のホームページより申請いただけます。

追加のカードが必要な
場合はご記入ください

必要数

枚

FAX送信表

FAX(0868)54-2891

鏡野町健康推進課 宛

申し込み期限

11月16日(月)まで

令和8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		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。