

健康づくり取組み隊申込書

健康医療課長 様

令和 年 月 日

名 称

代表者名

「健康づくり取組み隊」の趣旨に賛同し、登録を希望するので、次のとおり申し込みます。

団体名	ふりがな
代表者氏名	ふりがな
住所	〒
連絡先	TEL 携帯電話 FAX
健康に関する 活動内容	
活動日時	
活動場所	
会費	
会員数	男性 名・女性 名
参加者募集の有無	有 ・ 無
市民からの問合せ先	ふりがな 氏名 TEL 携帯電話 FAX
問合せ先掲載の可否	可 ・ 否
入会条件等	

※登録の可否につきましては後日連絡させていただきます。

<提出・問合せ先>

〒508-8501 中津川市かやの木町2-5 中津川市健康福祉会館内健康医療課

TEL 0573-66-1111 (内線629) FAX 0573-62-0058