（第１号様式）

ふなばし健康ポイント対象プログラム申請書

令和　　年　　月　　日

船橋市長　松戸　徹　あて

ふなばし健康ポイント対象プログラムについて、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 事業名 |  | 種別 | □　運動□　食生活改善□　歯・口腔ケア□　その他 |
| 代表者 | 団体名 |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 所在地 | 〒 |
| 団体の活動目的等 |  |
| 団体の設立年月日 | 　　　年　　　　月　　　　日 |
| 担当者 | 団体名 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先 | TEL/FAX | 　　　　　　　　　　　　　 / |
| Eメール |  |
| 連絡可能日時 | （裏面あり） |
| 開催日時※事業の日程表等があれば添付してください |  |
| 開催場所 | 所在地 | 〒 |
| 施設等名称 |  |
| 参加延べ人数（予定） | 　　　　　　人　一回あたり　　人 | 参加申込方法等 | 事前申込（要・不要）参加費（有・無）その他： |
| 参加条件 | （年齢・地域・健康状態など参加条件があれば記入してください） |
| プログラムの内容※事業内容等が分かる資料等があれば添付してください | （参加費、持参物、定員人数、注意事項等） |
| 市民の健康づくりや健康意識の向上に資する理由 |  |
| 後援・共催等 |  |
| 指導者・講師（資格）※当該事業に係る免許・資格等を記入してください | 団体名 |  |
| 免許・資格等※ |  |
|  |
|  |
| その他特記事項 |  |

以下は記入しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 処理欄 | 収受印 |
| 申請内容検討日：　　　　　年　　　　　月　　　　日結果：□対象事業とする　□対象事業としない（理由：　　　　　　　　　　） |
| 対象プログラム周知開始時期　　□4月　□7月　□10月　□1月 |
| 結果通知発送日：　　　　　年　　　　　月　　　　日 |