

ふなばし健康ポイント グループ新規登録・メンバー追加登録書

※申込内容 ※いずれか1つに✓をつけてください。

- ☐ グループ新規登録（グループ登録がお済みでない場合）
- ☐ メンバー追加（すでにグループ登録がお済みで、メンバーを追加する場合）

※申込者 ※記載内容について確認事項等がある場合は、申込者に確認させていただきます。

管理番号	氏名	電話番号
※個人の管理番号を記入	フリガナ	☐ 自宅 ☐ 携帯
	男 ・ 女	

※グループ種別

- ☐ 企業【（事業所名） _____ （住所） _____ 】
- ☐ 友だち・家族

※グループ名

※グループ新規登録、メンバー追加、いずれの場合も記入

※グループ新規登録の場合は、グループメンバー **2人以上** の登録が必要です。

※メンバー追加の場合は、新たに追加するメンバーのみを記入してください。

※グループメンバー ※メンバー追加の場合は、他のメンバー（グループの代表者等）に了承を得た上でお申込みください。

No	管理番号	氏名
1	※個人の管理番号を記入	フリガナ
2	※個人の管理番号を記入	フリガナ
3	※個人の管理番号を記入	フリガナ
4	※個人の管理番号を記入	フリガナ
5	※個人の管理番号を記入	フリガナ
6	※個人の管理番号を記入	フリガナ
7	※個人の管理番号を記入	フリガナ
8	※個人の管理番号を記入	フリガナ
9	※個人の管理番号を記入	フリガナ
10	※個人の管理番号を記入	フリガナ

【お申込み・お問合せ】
〒273-8506 船橋市北本町1-16-55（保健福祉センター2階）
地域保健課 健康増進係
E-mail : chiikihoken@city.funabashi.lg.jp
TEL : 047-409-3274
FAX : 047-409-2914