**はなまき健康ポイント事業　エントリーシート　(事業所用)**

令和 年 月 日

◎申込者情報

以下太枠内をご記入ください　※全項目記入必須です。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名称 |  |
| 事業所の所在地 | 〒 　- 　 花巻市 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 |
| 担当者 | 部署名 | 　 |
| フリガナ | 　セイ  | メイ |
| 氏　　名 | 　姓 | 名 |
| 連絡先 | TEL | TEL　　　　　　　　　( 　　 )　　　　　　　　  |
| Eメール | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 参加者　　　　 | 健康マイレージ　会員番号 | 氏名 | 生年月日（西暦） |
| チーム名（　　　 　　　　　　） |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| チーム名（　　　 　　　　　　） |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

◎申込期限　：　令和６年６月３０日（日）まで

◎注意事項

・参加者は原則として５人１グループでお申し込みください。

・１つの事業所につき、何グループでもお申し込みいただけます。３グループ以上をお申
し込みの際は、別紙に参加者の記載をお願いいたします。

裏面に続く

◎注意事項（続き）

・チーム名は市ホームページに記載されることがあるため、「機種依存文字」及び「外字」は、文字化けする場合があり使用できません。
【機種依存文字の例】Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・ⅰ・①・★・☆・♠・♣・♡・♪・☎・☺・☀ 等
【外字の例】髙・邊・齋・眞・彅・惠・昰・晉 等

・市ホームページ内の事業所間対抗の「平均歩数ランキング」画面には「事業所名称＋チーム名」が表示されます。

・花巻市暴力団排除条例（平成27年花巻市条例第52号）第2条第5号に規定する暴力団、暴力団員でないこと又はこれらの者と社会的に非難されるべき関係を有する者と関与している事業所はお申込みできません。

【お問い合わせ先】

花巻市健康福祉部健康づくり課　成人保健係

担当：吉田・梅木

TEL 0198-41-3613

FAX 0198-23-3122

Mail：hanamaki-kenkopoint@city.hanamaki.iwate.jp

**別紙**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加者　　　　 | 健康マイレージ会員番号 | 氏名 | 生年月日（西暦） |
| チーム名（　　　 　　　　 　 ） |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| チーム名（　　　 　　　　 　 ） |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| チーム名（　　　 　　　　 　 ） |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| チーム名（　　　 　　　　 　 ） |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| チーム名（　　　 　　　　 　 ） |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |