

様式第1号（第4条関係）

大町町健康ポイント事業参加申込書

年 月 日

大町町長 様

大町町健康ポイント事業実施要綱第4条の規定により、参加を申し込みます。

氏 名			
生年月日	年 月 日生（ 歳）	性別	男・女
住 所	大町町大字 大町・福母 番地		
行政区名	班		
電話番号			
登録番号	(記入不要)		