

# ふじのくに健康いきいきカード協力店申込書

ふじのくに健康いきいきカード協力店として申し込みます。

企業名 \_\_\_\_\_

申 込 日	平成      年      月      日
サービス内容	※「ふじのくに健康いきいきカード」の提示を受けた場合のサービス内容を記入
会社(店舗)名 及び所在地	※御協力いただける全ての店舗について記載  〒      -
担当者名・役職	
電話番号	
メールアドレス	
ホームページ	
サービス開始時期	
店舗・施設から のお知らせ (セールスポイント、 お知らせなど 任意) ※ 120 字以内	

※上記の内容を島田市と静岡県のホームページ等に掲載する予定です。  
(担当者名・役職、メールアドレスを除く)

問い合わせ：島田市健康福祉部健康づくり課

TEL (0547 - 34 - 3282)      FAX (0547 - 34 - 3289)

E - Mail    kenkou @city.shimada.lg.jp