

様式1

ふじのくに健康いきいきカード協力店申込書兼ホームページ登録依頼書

令和 年 月 日

健康福祉部健康増進課長 様

届出者

住 所	〒 -
協力店舗名	
担当者・役職	
連絡先	電話 ( ) -

下記のとおり、健康いきいきカード協力店として申し込みします。

記

申 込 日	令和 年 月 日
店舗(施設)名	※御協力いただける全ての店舗について記載
所 在 地	〒 -
メールアドレス	
ホームページ	http://
サービス(特典)内容	
	サービス提供(予定)日 令和 年 月 日
PR内容(店舗・施設からのお知らせ、セールスポイント等任意) ※120字以内	

問い合わせ：静岡県健康福祉部医療健康局健康増進課

TEL 054-221-2779 FAX 054-251-7188 Mail kenzou@pref.shizuoka.lg.jp

※上記の内容を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)