令和元年度にかほ市健康ポイント制事業

「ポイント交換申請書」

年　　月　　日

ふりがな	
参加者氏名	
代理申請者氏名	（参加者本人が申請できない場合はこちらに代理の方の氏名をご記入ください）
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）
住　所	〒 にかほ市
電話番号	（日中に連絡がとれる番号をご記入ください）
獲得ポイント	合計　　ポイント

※職員記入欄

申請受付日	受付場所	商品券贈呈	受付担当職員
／	スマイル 金浦保健センター 象潟保健センター その他 （　　）	済　・　未	