

# 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<br>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<br>のお知らせ<br>(セールスポイント、お知らせなど<br>任意)<br>※ 120 字以内 |                                      |

※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)

問い合わせ：静岡県健康福祉部医療健康局健康増進課

T E L 054-221-2779

F A X 054-251-7188

M a i l [kenzou@pref.shizuoka.lg.jp](mailto:kenzou@pref.shizuoka.lg.jp)