「歩いて健幸システム」参加申込書兼同意書

年　　月　　日

大河原町長　殿

申請者
住　所　大河原町
氏　名　　㊞
連絡先
(自署)世帯で申し込む場合は世帯代表者が記載

「歩いて健幸システム」に参加したいので、下記内容により申し込みます。

併せて大河原町民の健康の保持・増進、医療費削減に役立てるため、歩数データ、健診データ、診療報酬明細書データを分析・活用することに同意します（個人名を公表したり、個人が特定されることはありません）。

※下記はご本人が記入してください。

氏名（ふりがな）	□申請者と同じ （男・女）	生年月日	大正・昭和 年　月　日
		ニックネーム	
連絡先	携帯電話　□申請者と同じ	保険証種類・番号	国保　・　社保　・　後期高齢 その他（　　） 番号（　　）
身長	cm		
体重	kg		
腹囲	cm		

氏名（ふりがな）	□申請者と同じ （男・女）	生年月日	大正・昭和 年　月　日
		ニックネーム	
連絡先	携帯電話　□申請者と同じ	保険証種類・番号	国保　・　社保　・　後期高齢 その他（　　） 番号（　　）
身長	cm		
体重	kg		
腹囲	cm		

※携帯電話の欄は、携帯電話をお持ちのかたのみ記載願います。