

すながわ健康ポイント対象事業実施団体承認申請書

砂川市長 様

砂川市健康ポイント事業実施要綱第 4 条第 2 項の規定に基づき、すながわ健康ポイント対象事業実施団体の承認を受けたいので、次のとおり申請いたします。

団体名	
運動内容	
活動場所	
活動回数	週 ・ 月 回
活動時間	1 回当たり 時間
活動開始日	年 月 日 より
参加者状況	会員数 人 平均参加人数 人 平均年齢 歳
代表者	氏 名 : 住 所 : 電話番号 : (日中連絡可能な番号) — —

市記入欄

受付日	承認の可否
	承認 ・ 不承認