

別記第1号様式（第5条関係）

すながわ健康ポイント事業参加申込書

年 月 日

砂川市長様

すながわ健康ポイント事業実施要綱第5条の規定により、すながわ健康ポイント事業への参加を申し込みます。

住 所	〒 砂川市		
氏 名			
生年月日	年 月 日（ 歳）	性別	男・女
電話番号			

市記入欄

登録番号	
受付日	