

(介護予防手帳参加者用)

No.

年 月 日

山形市健康ポイント事業スクスク (SUKSK) 参加申込書

本事業でご提供いただいた個人情報は、すべて山形市及び株式会社NTTドコモに帰属し、本事業の提供・運用・管理のために利用します。

(フリガナ) 氏 名	セイ		メイ
	姓		名
性 別	男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 年 月 日
電話番号	— —		
ご住所	〒 —		

※番地、建物名（アパート・マンション名）までご記入ください。
抽選で当選した場合、記念品のお届け先になります。

●記入後は、郵送または FAX にて健康増進課にご提出ください。

郵 送の場合

〒990-8580

山形市城南町一丁目 1-1 山形市保健所 健康増進課 スクスク担当

F A Xの場合

023-616-7276

受付使用欄	事務局使用欄 1	事務局使用欄 2	事務局使用欄 3