「健康マイレージ事業」協賛申込書

　　　年　　　月　　　日

「健康マイレージ事業」の趣旨に賛同し、市民及び職員の健康づくりを推進するために協賛企業として申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | ふりがな |  |
| 企業名 |  | 代表者職・氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　所在地 | | 〒 | | | |
| ２　ホームページ   * URL | |  | | | |
| ３　担当者 | ふりがな |  | メール アドレス |  | |
| 氏　名 |  | 所　属 |  | |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  | |
| ４ 協賛品 | |  | | | |
| 協賛品の更新頻度：　年 １ 回　・（　　　　）か月毎 | | | |
| 協賛品数量 | |  | 受渡方法 | | ・来店　　・市での受渡希望  ・その他（　　　　　　　　　　　　　） |

＜留意点＞

・協賛申し込み後、本市より詳細について確認のご連絡をさせていただきます。

・協賛品に関する事故等については、本市では責任を負いかねます。

・企業様のお名前や協賛内容等は、市のチラシやホームページ等でＰＲ致します。

■留意点について了承いただいた場合は、右記に〇をお願い致します。　→　了承しました

【問合せ・申請先】

　帯広市東８条南１３丁目１番地

　帯広市保健福祉センター

帯広市市民福祉部健康保険室健康推進課

ＴＥＬ（０１５５）２５－９７２１

ＦＡＸ（０１５５）２５－７４４５