「健康マイレージ事業」申込事項変更届

　　　　　　　　　　　　　 　　年　　　月　　　日

企 業 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

次のとおり、申込内容に変更がありましたので届けます。

１　企業に関する変更

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更内容 | 変　更　後 | 変　更　前 |
| 所在地 |  |  |
| ふりがな  担当者氏名 |  |  |
| ＴＥＬ/ＦＡＸ |  |  |
| メール  アドレス |  |  |

２　協賛に関する変更

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更内容 | 変　更　後 | 変　更　前 |
| 協賛品 |  |  |
| 数量 |  |  |
| 更新頻度 | 年 １ 回　・（　　　　）か月毎 | 年 １ 回　・（　　　　　）か月毎 |
| 受渡方法 | 来店 ・ 市 ・その他（　　　　　　） | 来店 ・ 市 ・その他（　　　　　　） |
| 備考 | 変更希望日：　令和　　年　　月　　日 |  |

【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