

～参加方法を決めて、管理番号を取得したら参加申込書を提出しよう！～

ふなばし健康ポイント 参加申込書

下記申込書を全て記入してください

参加方法・ 管理番号	※選んだ参加方法に○を付け、取得した管理番号を記入してください。							
	☐	活動量計	P 0 1 -					
	☐	アプリ	A 0 1 -					
	☐	ICカード	C 0 1 -					
フリガナ						性別	男 ・ 女	
氏名								
ニックネーム				※ニックネームは、システム上の「呼び名」です。 ※名字(実名)をそのまま使用することはできません。 ※ひらがな・カタカナ・英数字で1～10文字以内				
自宅住所	〒 -							
勤務先住所 (市外在住の方のみ)	〒 - 船橋市							
電話番号	(自宅 ・ 携帯)							
メールアドレス								
生年月日	年 月 日 (歳)							
健康保険	船橋市国民健康保険 ・ 後期高齢者医療保険 ・ その他()							
身長・体重	. cm			. kg				
紹介者 の管理番号 (紹介者がいる場合)	-			※紹介した方と紹介された方に 紹介ポイント50ポイントをプレゼントします！				
下記に同意しチェック☑してください (チェックがないと参加できません)								
この事業において収集した測定値や健診結果、医療費等の情報は研究機関等に提供し、健康ポイント事業の運営、景品等の発送及び成果分析調査に利用、学会、論文誌等に成果を報告することに同意して申し込みます。(ただし情報を公表する場合、個人が特定できないようにいたします)								チェック欄 ☐

【お申込み・お問合せ】 船橋市 地域保健課 TEL:047-409-3274
〒273-8506 船橋市北本町1-16-55 (保健福祉センター2階)