

「白河市健康ポイント事業2023」参加申込書

選択対象コース ▶ 活動量計コース で申込み

申込日 令和 5 年 月 日

- 窓口持込み: 中央保健センター、各庁舎窓口までお持ちください。
- 郵 送: 〒961-0054 白河市北中川原313 中央保健センター健康増進課
「健康ポイント事業参加申込」宛て

※アプリコース(スマートフォン)で参加申込される方は、必ずWEBからお申込みください。
※申込書に必要事項をご記入のうえ、「窓口持込み」または「郵送」にてお申込みください。
※郵送料はご本人負担となります。
※申込用紙は、中央保健センター、各庁舎にも設置しています。
※申込書が足りない場合は、コピーしてご利用ください。

ご家族で申込み方は
裏面にご記入
ください。

ご本人様が申込み場合

該当・希望する箇所にを入れてください。

フリガナ	(セイ)	(メイ)	性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
お名前	(姓)	(名)	生年月日	西暦	年 月 日
ご住所	〒 ー ー 白河市				
	町名・番地		アパート・マンション名、部屋番号		
電話番号	ー	ー	身長	cm	
メールアドレス	<input type="checkbox"/> 事務局からのメール配信を希望しない		※不明な方は未記入でも構いません。		
	@				
ニックネーム	※希望者のみ(バーチャルウォーキングラリー時に表示されます。)				
健康保険種別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険		<input type="checkbox"/> 国民健康保険以外		
事前説明会希望日	第1希望	第2希望	第3希望		
事前説明会日程の番号をご記入ください。	No. _____	No. _____	No. _____		

【個人情報の取扱い及び同意について】

本事業によって取得した個人情報(以下、「参加者情報」)の取り扱いは、白河市及び委託先である株式会社タニタヘルスリンクが、個人情報に関する法令及び白河市個人情報保護条例に従い、本事業の目的以外に参加者情報を利用することはありません。利用目的の範囲内に限り、参加者情報を匿名化し統計処理した情報を外部に公表することがあります。その際、個人が特定されることは一切ありません。上記内容を読み、本事業に参加することに同意したものとします。

※(株)タニタヘルスリンクはJISQ15001及びプライバシーマークを取得しています。
※個人情報は本事業の目的以外には使用しません。

お問い合わせ

中央保健センター

住所: 白河市北中川原313 電話: 0248-27-2114

受付時間: 平日9:00~17:00(土日祝日除く)

白河市
公認キャラクター
しらかわん



ご家族様が申込み場合

該当・希望する箇所にを入れてください。

フリガナ	(セイ)	(メイ)	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
お名前	(姓)	(名)		生年月日	西暦
電話番号	— —		身長	cm	
メールアドレス	<input type="checkbox"/> 事務局からのメール配信を希望しない		※不明な方は未記入でも構いません。		
	@				
ニックネーム	※希望者のみ(バーチャルウォーキングラリー時に表示されます。)				
健康保険種別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険		<input type="checkbox"/> 国民健康保険以外		
事前説明会希望日	第1希望	第2希望	第3希望		
事前説明会日程の番号をご記入ください。	No. _____	No. _____	No. _____		

フリガナ	(セイ)	(メイ)	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
お名前	(姓)	(名)		生年月日	西暦
電話番号	— —		身長	cm	
メールアドレス	<input type="checkbox"/> 事務局からのメール配信を希望しない		※不明な方は未記入でも構いません。		
	@				
ニックネーム	※希望者のみ(バーチャルウォーキングラリー時に表示されます。)				
健康保険種別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険		<input type="checkbox"/> 国民健康保険以外		
事前説明会希望日	第1希望	第2希望	第3希望		
事前説明会日程の番号をご記入ください。	No. _____	No. _____	No. _____		

フリガナ	(セイ)	(メイ)	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
お名前	(姓)	(名)		生年月日	西暦
電話番号	— —		身長	cm	
メールアドレス	<input type="checkbox"/> 事務局からのメール配信を希望しない		※不明な方は未記入でも構いません。		
	@				
ニックネーム	※希望者のみ(バーチャルウォーキングラリー時に表示されます。)				
健康保険種別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険		<input type="checkbox"/> 国民健康保険以外		
事前説明会希望日	第1希望	第2希望	第3希望		
事前説明会日程の番号をご記入ください。	No. _____	No. _____	No. _____		