

年 月 日

下呂市クアオルト健康ウォーキング サポーター登録申請書

下呂市役所 市民保健部 健康課

団体・企業名 _____

下記のとおり、下呂市クアオルト健康ウォーキングサポーターに登録します。

記

団体・企業名	
従業員数	人
住所	〒
連絡先	
担当者氏名	
期間	令和 年 月 日 から

※申請書の提出後、登録認定通知を発行します。

申し込み・問い合わせ先

下呂市役所 市民保健部 健康課

〒509-2202 下呂市森 960 番地

TEL : 0576-24-2632 FAX : 0576-25-3888