

年 月 日

下呂市クアオルト健康ウォーキング予約型ウォーキング参加申込書

下呂市 市民保健部 健康課長

申込者氏名 _____

申込者住所 〒 _____

連絡先 _____

下呂市クアオルト健康ウォーキング予約型ウォーキングを、下記のとおり申し込みます。

記

団体名			
代表者			
団体所在地 (ない場合は代表者住所)	〒		
連絡先電話番号			
参加予定人数	人 ※5名以上15名以下1グループです。		
希望日時	年 月 日 () 時 分 から 時 分 まで		
希望コース	下呂温泉合掌村コース		四美の森コース
その他連絡事項			

※申請は、事前に健康課と日程等を調整した上で、ご提出ください。

※申し込み後、上記の内容に変更・中止等がありましたら、速やかにご連絡ください。

※参加申込書と併せて、必ず参加者名簿を添付してください。

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

年 月 日

下呂市クアオルト健康ウォーキング予約型ウォーキング参加者名簿

申し込み団体 _____ 代表者名 _____ 参加総数 _____ 人

	氏名 (ふりがな)	住所	年齢	市外在住者の場合 市内在勤の方○
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				