

健康チェックコーナー利用者ポイント付与申込書

年 月 日

次のとおり、奈良市ポイント制度健康増進・長寿健康ポイントの付与を申込みします。

フリガナ		性別
申込者氏名		男 ・ 女
生年月日 年齢	昭和・平成	年 月 日 (歳)
電 話		
健康チェックコーナー登録番号		

ポイント付与事務処理のため、奈良市ポイント運営事務局で上記の情報を共有することに同意します。

※年度ごとにお申込みをお願いします。同意欄

氏名

健康チェックコーナーを月 1 回以上利用した場合、50 ポイント/月が付与します。

以下、健康増進課記入欄

70 歳以上 ななまるカード番号 (ピンクのCI-CA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	前年度引継ぎ ・ 長寿確認					
69 歳以下 「奈良市ポイント制度」のカード登録	登録済み					
	登録：仮番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>