|  |
| --- |
| **FAX：０７３６－７９－３９３４　　　健康推進課あて** |

**チャレンジ１００万歩―２０１６参加申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| チーム名（必須） |  | | |
| 代表者氏名（必須） |  | | |
| 代表者住所（必須） | **〒** | | |
| 代表者電話番号（必須）  （日中連絡が付く番号・携帯可） |  | | |
| 代表者メールアドレス |  | | |
| 参加者氏名 | 性 別 | 年 齢 | 備 考 |
| 代表者 | 男 ・ 女 |  |  |
|  | 男 ・ 女 |  |  |
|  | 男 ・ 女 |  |  |
|  | 男 ・ 女 |  |  |
|  | 男 ・ 女 |  |  |

**※ご記入いただきました内容につきましては、個人情報保護に関する基本方針に基づき厳重に取り扱い、チャレンジ100万歩の統計のみに利用させていただきます。**

**《注意》**

1. **チーム編成は原則５人としていますが、５人未満でも参加は可能です。**
2. **１チーム最大５人で１００万歩にチャレンジすることを目的としていますので、５人未満のチームにつきましては１人２０万歩を目安とし、歩き過ぎないように注意してください。「歩き過ぎて健康を損ねる場合もあります」**

**※申込先　紀の川市保健福祉部健康推進課**

**（ＦＡＸ：０７３６－７９－３９３４）**

**申込締切　平成２８年１１月１６日（水）**