

柏市民健康づくり推進員受諾書

私は柏市民健康づくり推進員規則に基づく_____地域の柏市民健康づくり推進員を令和____年____月より，受諾いたします。

令和 年 月 日

柏市長 太 田 和 美 様

(自署しない場合は記名押印)

(フリガナ)

氏 名 :

生年月日 : 昭・平 年 月 日

住 所 : 〒
 柏市

電話番号 : ()

※ ご記入いただいた氏名・住所・連絡先等の個人情報は，柏市民健康づくり連絡協議会事務局からの書類送付や連絡等のために使用いたします。取得した情報は，本人の同意なく第三者に提供することはありません。適切な管理のもと，安全に保管いたします。