　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　健康増進課長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 | 龍ケ崎市 |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 電話番号 |  |

龍ケ崎市健康マイレージの健診ポイント申請書

　令和　　年度の健診を受けたので健診ポイントの申請をします。

申請に当たっては、別添のとおりに健診結果の写しを添付いたします。

なお、タッポくん健康マイレージに登録しているＩＤ「メールアドレス」は下記のとおりです。

記

龍ケ崎市健康マイレージに登録しているＩＤまたはメールアドレス