

七尾市長

介護予防参加登録申請書(団体用)

下記のとおり登録をしたいので七尾市介護予防ポイント制度実施要綱第5条第1項の規定に基づき申請します。

また、活動を通して知り得たことは、他に口外しません。活動をやめた後も同様に口外しません。

記

団体等の名称及び代表者の氏名		※必ず、個人に登録の意思確認を行ってください。		
登録者の氏名	フリガナ	住所	電話番号	生年月日
①		七尾市		年 月 日生 (満 歳)
②		七尾市		年 月 日生 (満 歳)
③		七尾市		年 月 日生 (満 歳)
④		七尾市		年 月 日生 (満 歳)
⑤		七尾市		年 月 日生 (満 歳)
⑥		七尾市		年 月 日生 (満 歳)
⑦		七尾市		年 月 日生 (満 歳)
⑧		七尾市		年 月 日生 (満 歳)
⑨		七尾市		年 月 日生 (満 歳)
⑩		七尾市		年 月 日生 (満 歳)

※ 本書に記載いただいた個人情報については、七尾市介護予防ポイント制度の運営に関する以外に利用しません。

※ 介護保険料の滞納がある場合はポイントの交換はできません。