草津市健幸都市宣言への賛同、健幸宣言実施　申込書

草津市 健康福祉政策課　あて

**FAX　０７７－５６１－２４８２**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | フリガナ |
|  |
| 住　　所 | 〒 |
| 代表者名 | フリガナ |
|  |
| 担当者名 | フリガナ |
|  |
| 連絡先（電話） |  |
| （FAX） |  |
| 　　　（Eメール） |  |
| 宣言の種別（どちらかに○印） |  | 草津市健幸都市宣言に賛同します |
|  | 草津市健幸都市宣言に賛同し、以下の健幸宣言を行います |
|  | 宣 言 内 容 |
|  |

※今後、草津市の健幸都市づくりに関する情報等につきましては、Eメールにて送付させていただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 | 草津市健康福祉部健康福祉政策課（市役所２階）　 |
| 連絡先 | 電話　 077-561-2360FAX　 077-561-2482E-mail kenkofukushi@city.kusatsu.lg.jp |