

(様式第1号)

年 月 日

茨城県保健福祉部健康・地域ケア推進課長 殿

申込者名

団体 ID 発行申込書

このことについて、事業所単位での参加をしたいので、本書のとおり申し込みます。

1 申込団体情報

事業所(団体)名※	
代表者名	
住所	
電話番号	

※アプリで表示される名前になります。事業所(団体)名以外は公表されません。

2 この申込書の記載責任者及び連絡先

氏名(ふりがな)	
所属	
住所※	
電話番号	
FAX番号	
E-mail※	

※団体IDの送付先となります。どちらかを必ずご記入ください。