(様式第1号)

　年　　月　　日

　茨城県保健医療部健康推進課長　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 |  |
| Ｆ Ａ Ｘ 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。