（様式第１）

年　　月　　日

鹿児島市長　殿

鹿児島市特定健診推進パートナー登録申請書

私は「鹿児島市特定健診推進パートナー登録制度実施要領」の規定を理解し、鹿児島市特定健診推進パートナーとして登録したいので、下記のとおり申請します。

記

（以下のうち該当するものにチェックを付してください。）

□　新規登録　　□　登録の更新

登録企業（団体）名をホームページ上に公表することに同意しますか。

□　同意する　　□　同意しない

【申請者の概要】

企業・ 団体名	
代表者	（役職） （氏名）
所在地	

【担当者情報】

部署名	
氏名	
連絡先	電話：　　メール：

申請は随時受け付けています。メールもしくはFAXでお申し込みください。

連絡先：鹿児島市　国民健康保険課　保健事業係

【E-mail】kokuho-hoken@city.kagoshima.lg.jp　【FAX】099-216-1200