

様式第1号（第4条関係）

すまいるパワーアップ倶楽部会員登録（更新）申請書

フリガナ		介護保険被保険者番号			
氏名	
生年月日	年 月 日（ 歳）	性別	男・女		
住所	(郵便番号 —)				
	(電話番号 —)				
申請区分	新規・更新				
<p>福津市長 様</p> <p>上記のとおり、すまいるパワーアップ倶楽部会員の登録（更新）を申請します。</p> <p>なお、この倶楽部の申請にあたり健診結果などを運動指導に活用すること及び介護予防に及ぼす影響を調査するために、測定結果などのデータを利用することに、同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">※本人が自署してください(押印不要)</p>					

※以下は記入しないでください。

提出物	<input type="checkbox"/> 特定健診書類 <input type="checkbox"/> その他 ()
健診受診日	年 月 日

福津市記入欄

有効期間	年 月 日～ 年 月 日				
登録番号	課長	係長	係員	保険料・税確認	受付印
				国保・後期 有/無 介護保険 有/無	
備考					