

関市クアオルト健康ウォーキング特別団体ウォーキング講座参加者名簿

申込団体名 _____ 代表者氏名 _____ 参加総数 _____ 人

	氏名 (ふりがな)	住所	年齢	市内在勤の場合○ (市外在住者のみ)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

※この名簿は、講座日の1週間前までに市民健康課へ直接またはFAX、メールにて提出ください。

今回いただいた個人情報は、講座に関する連絡時と傷害保険使用時にのみ利用し、他の目的には使用しません。