

▼複数で応募の際はコピーしてお使いください

宛先

〒186-0003
国立市富士見台 3-16-5
国立市保健センター行

※郵送料はご本人負担になります。

【個人情報の取り扱いについて】

本事業によって取得した個人情報及び測定データ（以下、「参加者情報」という。）は、国立市及び委託先である健幸都市イノベーション・コンソーシアム（株式会社つくばウエルネスリサーチ、株式会社タニタヘルスリンク、トランス・コスモス株式会社の3社による共同事業体）が、個人情報の保護に関する法律に従って適切に管理し、本事業の目的以外に利用することはありません。また、利用目的（事業評価、効果測定を含む）の範囲内に限り、参加者情報を国立市が保有する医療費・介護保険等に関連した情報と照合したのち、特定の個人を識別することができない状態に加工し、外部に公表することがあります。



令和8年度「くにたち健康ポイント」参加申込書

- ・活動量計コースへの参加には1,000円の自己負担がございます。
- ・参加申込みされた時点で各規約に同意したものとみなします。

※必ず□にチェックをいれてください

- 公簿（住民基本台帳）による住所確認に同意します
- 左記の「個人情報の取り扱いについて」に同意します

		申込日	令和8年	月	日
フリガナ	(セイ)	(メイ)			
お名前	(姓)	(名)			
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	※体組成計の測定時の基準に使用します			
生年月日	西暦	年	月	日	身長 cm
ご住所	〒186- 東京都国立市				
	町名・番地				
	アパート・マンション				
電話番号	- -				
メールアドレス	@				
	<input type="checkbox"/> 事務局からのメール配信を希望しない ※メール配信を希望されない方は未記入でも構いません。				
健康保険種別	<input type="checkbox"/> 国立市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> その他				

ご希望のコースを○で囲んでください

活動量計コース ・ アプリコース

説明会日程の番号をご記入ください。

事前説明会希望日… 第1希望 No. 第2希望 No.

- ※申込書に必要な事項をご記入のうえ「窓口申込」または郵送で申してください。
- ※活動量計コースで参加される方は説明会への参加が必須となります。
- ※説明会日程の番号 (①②)をご記入ください。
- アプリコースの方は5/22(金)14:00～15:30で固定となります。
- ※郵券代はご本人負担となります。