

様式第 2 号(第 5 条関係)

年 月 日

中能登町長

介護予防参加登録申請書（中能登町はつらつポイントカード交付申請書）
（団体用）

下記のとおり登録をしたいので、中能登町介護予防ポイント制度実施要綱第 5 条第 1 項の規定に基づき申請します。また、活動を通して知り得たことは、活動中または活動をやめた後も同様に口外しません。

記

団体等の名称及び 代表者の氏名		※必ず個人に登録の意思確認を行ってください。		
登録者の氏名 フリガナ		住所	電話番号	生年月日
		中能登町		年 月 日 (満 歳)
		中能登町		年 月 日 (満 歳)
		中能登町		年 月 日 (満 歳)
		中能登町		年 月 日 (満 歳)
		中能登町		年 月 日 (満 歳)
		中能登町		年 月 日 (満 歳)
		中能登町		年 月 日 (満 歳)
		中能登町		年 月 日 (満 歳)
		中能登町		年 月 日 (満 歳)

※本書に記載いただいた個人情報については、中能登町介護予防ポイント制度の運営に関すること以外に利用しません。