

健康ポイント事業に申込みした従業員の名簿

事業所名		担当者氏名		連絡先	
番号	所属等	氏名	生年月日	住所	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

注意

本名簿には、飛騨市まめとく健康づくり活動奨励金の交付にあたり、市がまめとく健康ポイントの実施状況等の必要な事項・内容を確認することに同意された方をご記載ください。