

年 月 日

鹿児島市長 殿

鹿児島市特定健診推進パートナー登録申請書

私は「鹿児島市特定健診推進パートナー登録制度実施要領」の規定を理解し、鹿児島市特定健診推進パートナーとして登録したいので、下記のとおり申請します。

記

(以下のうち該当するものにチェックを付してください。)

- 新規登録 登録の更新

登録企業（団体）名をホームページ上に公表することに同意しますか。

- 同意する 同意しない

【申請者の概要】

企業・ 団体名	
代表者	(役職) (氏名)
所在地	

【担当者情報】

部署名	
氏名	
連絡先	電話： メール：