

しもだ健康マイレージ
ポイントシート

枚目

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
26	27	28	29	30

以下のアンケートにご協力をお願いします。
あてはまるものを○で囲んでください。

- 健康づくりのきっかけになりましたか？
はい ・ いいえ
- これからも健康づくりを継続しますか？
はい ・ いいえ

チャレンジ期間： 令和元年6月6日(木)～令和2年2月15日(土)
申請締切日： 令和2年2月28日(金)まで

郵便はがき

4 1 5 - 8 5 0 1

62円切手を
貼ってください。

静岡県下田市東本郷一丁目5番18号

下田市役所 市民保健課

しもだ健康マイレージ担当 行

ふりがな		性別	生年月日
名 前		男・女	明・大・昭・平 年 月 日
住 所	〒 -		
電話番号			
勤務先			

記載された内容は、当事業以外には使用しません。

切り取り線

黒い枠に沿って切り取り、中央の線で折って裏をのりづけしてください。