

※黄色の箇所は、必ずご記入ください。

(様式第1号)

令和〇年〇〇月〇〇日

茨城県保健医療部健康推進課長 殿

申込者名 株式会社〇〇〇
茨城 花子

団体 ID 発行申込書

このことについて、事業所単位での参加をしたいので、本書のとおり申し込みます。

1 申込団体情報

事業所(団体)名※	株式会社〇〇〇
代表者名	代表取締役 茨城 太郎
住所	茨城県△△△市△△△町1-1-1 (※会社の住所をご記入ください)
電話番号	029-301-1111 (※会社の電話番号をご記入ください。)

※アプリで表示される名前になります。事業所(団体)名以外は公表されません。

2 この申込書の記載責任者及び連絡先

氏名(ふりがな)	茨城 花子 (いばらき はなこ)
所属	総務課
住所※	茨城県△△△市△△△町1-1-1 (※会社の住所をご記入ください。同上也可)
電話番号	029-301-1111 (※会社の電話番号をご記入ください。同上也可)
FAX番号	029-301-1111 (※会社の電話番号をご記入ください。)
E-mail※	●●●●●@●●●●.co.jp

※団体 ID の送付先となります。どちらか必ずご記入ください。