

(様式1)

光市がん検診すすめ隊登録票

年 月 日

健康増進課長 様

「光市がん検診すすめ隊」の趣旨に賛同し、以下のとおり登録を希望します。

団体・事業所名		
代表者	(職)	(氏名)
担当者	(職)	(氏名)
所在地	〒	
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
活動内容 ※活動可能な内容に ○印をお願いします。	(1) 市民へのがん検診受診啓発 (ポスター掲示・リーフレット設置及び配布など) (2) 登録事業所等内でのがん検診受診促進 (3) 「光健康マイレージ事業」への協力 ※がん検診受診等の健康づくりに取り組み申請・市が 交付する「特典カード」の提示者に、お得(割引や サービス等)の提供 (各事業所等がやまぐち健康応援団に登録後) (4) その他がん検診受診推進の取り組み ()	
登録団体・事業所の 登録内容の公表 (市ホームページへの掲載等)	可能 ・ 不可	

※登録票の提出は、あいぱーく光内光市健康増進課窓口にお持ちいただくか、
FAX (FAX番号: 0833-74-3072) 又は
メール (E-mail: kenkouzoushin@city.hikari.lg.jp) でご提出ください。