

## 葉酸サプリメント配布申出書

年 月 日

光市長 様

葉酸サプリメントの配布について、下記のとおり申し出ます。

## 記

申出者 ※健康食生活チェック回答者と同一の方（ご夫婦）			
(ふりがな) 氏 名		(ふりがな) 氏 名	
	男・女		男・女
利用者 ※女性に限る。1人1回利用可			
氏 名	<input type="checkbox"/> 申出者（女性）と同じ		
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
住 所	光市		
電話番号			

【確認後をお願いします】

- 葉酸サプリメント摂取について、説明を聞きました。
- 葉酸サプリメント摂取は、上記利用者のみとします。また、葉酸サプリメントの譲渡、転売はしません。

上記内容に基づき、葉酸サプリメントを適切に利用することに同意します。

利用者氏名 \_\_\_\_\_

市記入欄	対応者：
配布内容	： <input type="checkbox"/> 葉酸サプリメント 75日分×2 <input type="checkbox"/> 葉酸サプリメント 75日分×1