

郵便はがき

63円切手
を貼って
ください。

〒410-0881

沼津市八幡町97

沼津市保健センター

ぬまづ健康マイレージ

担当 行

ふりがな		生年月日
名前		明・大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 -	
電話番号	- -	
勤務先又は 学校名		
応募コース	A賞 ・ B賞 ・ C賞 ・ D賞 E賞 ・ F賞 ・ G賞 ・ H賞 希望する応募コース1つに「○」を記入してください	

※記載された内容は、当事業以外には使用しません。

※応募コースが未記入の場合はA賞での応募となります。

ぬまづ健康マイレージ ポイントシート

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

♪毎日の健康目標を設定し、目標を達成しましょう♪

毎日の目標： _____ 達成・未達成

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。

- 1 このシートをどこで入手しましたか？
市の施設 ・ 市の講座や教室 ・ イベント ・ その他
- 2 「ぬまづ健康マイレージ」への参加は何回目ですか？
はじめて ・ 2回目 ・ 3回目以上
- 3 「ぬまづ健康マイレージ」についてご意見をご記入ください。