

## 保健事業実施機関 指定申請書

令和 年 月 日

柏市長 宛て

(開設者・管理者) 所在地

〒

氏名 (法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)

(法人名)

(ふりがな)

連絡先電話番号

保健事業実施機関の指定を受けたいので、柏市国民健康保険等保健事業利用費助成規則第3条第3項の規定により、次のとおり申請します。

施設の名称(*)	
開設場所(*) (所在地)	〒  電話番号
運動事業実施責任者 職・氏名	

(\*) 利用者に配付する指定施設名簿に掲載する内容となります。

## 【柏市使用欄】

指定日	令和 年 月 日	指定番号														<受付>
<備考>																

<添付資料>  
実施する運動事業の概要は、別添のとおり