

キビタン健康ネット 参加確認書

070701-000001

管理番号1 <11> 1 00001

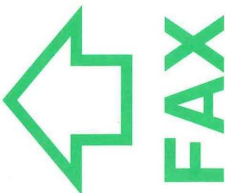


福島県医療福祉情報ネットワーク協議会 御中

私はキビタン健康ネットの運用約款に同意し、参加いたします。

※太線内に必要事項をご記入ください。

申込日		年	月	日	
フリガナ		性別			
お名前		男	女		
住所 〒					
生年月日		明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日生
電話番号		()			
携帯電話番号		()			
カード発行施設		(ID :)			
受付者		備考			



管理番号2 (000001)

< 切り取り線 >

FAX 050-3730-0128

参加者控え

キビタン健康パスポート

070701-000001



- ◆カード表面に油性ペンでお名前をお書きください。
- ◆カードは紛失しないよう、大切に保管ください。
- ◆万が一、紛失した場合は、下記協議会まで連絡ください。



一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

〒960-8036 福島県福島市新町4番22号 (福島県医師会館内)

TEL.0120-578-818

ゆっくり丁寧に剥がしてください