健康推進課　宛（FAX：048-526-1950）

「コバトン栄養健康アプリ」参加申込書

※下記の注意事項をご確認の上、申込みをお願いします。
※参加が決定しましたら、参加決定通知をお送りします。

申　込　日	令和　　年　　月　　日
ふ り が な	
氏　　名	
生 年 月 日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日
住　　所	熊谷市
電 話 番 号	

注意事項（必ず各項目をお読みいただき、確認したら〇をつけてください。）

	1．「コバトン栄養健康アプリ」に参加するには、「コバトン ＡＬＫＯＯマイレージ」に参加していることが条件となります。
	2．「コバトン栄養健康アプリ」に参加する場合、アプリの利用料は 無料ですが、ダウンロードやご利用時にかかるパケット通信料は 利用者負担となります。

上記のことをすべて同意した上で、申込みます。

署名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿