

年 月 日

「鹿児島県女性の健康づくり協力店」申込書

鹿児島県健康増進課 行

鹿児島県女性の健康づくり協力店について、次のとおり申し込みます。

企業・店舗 の名称 ※	ふりがな		
所在地 ※	(〒 -)		
代表者 (担当者)	()		
連絡先	※ 電話:	F A X:	
	※ HPアドレス:		
営業時間 (定休日)	()		
分野(0印)※	1 栄養・食生活 2 運動 3 休養・癒し		
特典や サービス ※	時期		
	内容		
県の月 間等に ちなん だ取組 内容	1 イエローカードキャ ンペーン強化月間(10月)	2 ピンクリボン月間(10月)	3 女性の健康週間(3月)
企業・ お店等 のPR 又は セール ポイン ト ※			
県ホームページへの掲載の可否 (協力店として指定後、※印の項目を掲載します。)		可 ・ 否	

※ FAX又はメールにてお申し込みください。

(申込先) 鹿児島県くらし保健福祉部健康増進課健康増進栄養係

TEL 099-286-2717 FAX 099-286-5556

E-mail kenko@pref.kagoshima.lg.jp