

平成 年 月 日

## 入会申込書

厚生労働大臣認定健康増進施設連絡会  
会長 殿

貴連絡会の趣旨の賛同し、会員として申し込みます。

認定施設	認定番号	
	施設名称	
	郵便番号	
	都道府県	
	住所	
	電話番号	
	FAX番号	
	URL:	
	担当者役職名	
	担当者指名	
	メールアドレス	
運営組織	運営組織名称	
	代表者役職名	
	代表者氏名	
	担当者役職名	
	担当者氏名	
	メールアドレス	
	郵便番号	
	都道府県	
	住所	
	電話番号	
	FAX 番号	
	URL	
	ログイン情報	ログイン ID
パスワード		

※ログイン ID とパスワードは、6～12 文字の半角英数字と次の記号のみを入力してください。

()`~!@#\$\$%^\*~+=\$|00::"'\<>.,?/\_