

平成 年 月 日

県健康増進課 健康長寿推進グループあて

(住所：〒910-8580 福井市大手3丁目17-1)

(Fax：0776-20-0643)

(記入者名)

(電話番号)

「みんラジ」推進隊に応募します

団体名 (グループ名)	(特になければ、代表者の氏名をお書きください)
団体の紹介 およびPR	(特になければ結構です)
実施人数	人
実施日	毎週・毎月 回 (: ~ :)
実施場所	
連絡先	〒 _____ 市・町 _____ 方 Tel _____
その他	

※ 年度末に、簡単な活動状況（実施回数・参加人数）の照会をさせていただきます。

※ お寄せいただいた情報については、本事業以外には使用いたしません。