第１号様式（第６条関係）

にいがたヘルスパートナー登録申請書

　　年　　月　　日

（あて先）新潟市長

申請者　所在地

名　　称

代表者名

　にいがたヘルスパートナー登録制度実施要綱（以下「要綱」という。）第６条の規定により、次のとおり登録を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所等の名称 |  |
| 所在地 | 〒新潟市 |
| 登録部門（複数選択可） | * 健康経営　　□ 事業実施　　□ 健康支援　　□ 情報発信
 |
| 実施可能な取組内容※具体的にご記入ください | ＜市民向けの取り組み、自社の従業員向けの取り組み＞ |
| ＜他企業の「健康経営」に役立つサービス・製品等＞ |
| 実施可能地域※一部の場合、実施可能な区域に○をつけてください | * 市内全域
* 一部区域のみ（　北・東・中央・江南・秋葉・南・西・西蒲　）
* その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 新潟市ホームページへの掲載希望 | * 希望する　　□　希望しない（理由：　　　　　 　　　　　　）
 |
| 連絡先 | 担当部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

※第１号の２様式（第６条関係）登録資格確認事項を付してください。