「大阪府ヘルスアップ支援事業（市町村保健事業介入支援事業）」企画提案公募

事業者向け説明会参加申込書

令和元年７月２日（火）の説明会について、次の者の参加を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 参加者職・氏名  ※２名以内でお願いします。 |  |
|  |
| 連絡先電話番号 |  |

・申込期限：令和元年６月２８日（金）午後５時必着

・本説明会の参加申込は電子メールで受付します。

・口頭または電話による申込は取扱いいたしません。

・電子メールの「件名」は「【事業者名】大阪府ヘルスアップ支援事業説明会」と明記してください。

・申込会場の都合により、出席者数を制限させていただく場合がありますのでご了承

ください。

（送付先）

　大阪府　健康医療部　健康推進室　国民健康保険課

　e-mail ：kokuho@sbox.pref.osaka.lg.jp