

「クアオルト健康ウォーキング」オープニングイベント

参加申込書

住 所	〒	
(ふりがな) 氏 名		性 別
		男 ・ 女
電 話 番 号	(自宅)	
	(携帯)	
生 年 月 日	昭和 年 月 日 (才) 平成	
職 業		
備 考	※各種関係団体に所属する方は、団体名をご記入ください。	

【申込み・問い合わせ先】

〒718-8501 新見市新見310番地3 新見市役所協働推進課

TEL : 72-6143 FAX : 72-6181

E-mail : kyoudou@city.niimi.okayama.jp