

# 埼玉県コバトン健康マイレージ 参加申込書

本事業でご提供いただいた個人情報は、すべて埼玉県および利用者が所属する参加自治体、参加団体に帰属し、埼玉県の監督のもと、事務局業務を委託した事業者が管理し、本事業の提供・運用・管理のために利用します。

個人情報の利用目的など詳細については、利用規約を確認してください。 **が付いている項目は必ずご記入ください。**

★ 所属	1. 在住者													
参加者 保険者番号	記 入 不 要													
参加者 被保険者記号・番号	記号	記 入 不 要						番号	記 入 不 要					
★ (フリガナ) 参加者 お名前	姓						名							
★ 参加者 性別	1 男		2 女		★ 参加者 生年月日		1 明治		2 大正		3 昭和		4 平成	
★ 参加者 ご住所 (住民票 の住所)	〒 359 - _____ 埼玉県所沢市 _____ _____													
歩数計の お届け先と なります。	建物名(アパート・マンション名) 番地、建物名、部屋番号等を正確にご記入ください。													
★ 参加者 連絡可能 電話番号	_____-_____-_____-_____-_____-_____													
参加者 メールアドレス	_____@_____													
希望する 歩数計の色 (任意)	1 赤		2 黒		郵送による申込みの場合は、コバトン健康アプリ*は申込みできません。 歩数計の色は事前に注文生産するため、ご希望に添えないこともあります。 また、色の選択がない場合は事務局でお選びいたします。									
★ ニックネーム (英キリガなどの表示名)	_____													
参加者身長 (任意)	_____			cm		参加者体重 (任意)		_____			kg			
寄付希望 (任意)	1 .有													

在住者...お住まいの  
住所で申込ます。

メールアドレスを登録して  
いただくと、  
毎月、歩数の  
記録やポイント数、市から  
のお知らせが  
通知されます。

左づめで記入してく  
ださい。

個人が特定される  
ことのないニック  
ネームの使用をお  
すすめします。  
公序良俗に反する  
表記等、埼玉県が不  
適切と判断した場  
合は、使用をお断り  
する場合があります  
のでご了承ください。  
全角漢字・ひらがな・  
カタカナ・英数でご記  
入ください

歩幅、消費カロリーを  
正確に測定するた  
めに、差し支えな  
ければご記入くだ  
さい。

寄付を行った場合は  
その内容をお手紙  
でお知らせします。

私は埼玉県コバトン健康マイレージ利用規約および「WM(わたしムーヴ)利用規約」に同意し参加を申し込みます。

★ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 (自署または記名押印)★

「埼玉県コバトン健康マイレージ」はドコモ・ヘルスケア(株)が提供するサービス「WM(わたしムーヴ)」の一部機能を利用します。

市町村窓口使用欄	事務局使用欄1	事務局使用欄2	事務局使用欄3