|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **１**  **代表** | フリガナ |  | | | 生年月日 | |
| 参加者名 |  | | | 昭和・平成 | 年　　　月　　日 |
| 電話番号  （携帯） |  | | | 年齢 | 歳 |
| 郵便番号 |  | 住所 |  | | |
| **２** | フリガナ |  | | | 生年月日 | |
| 参加者名 |  | | | 昭和・平成 | 年　　　月　　日 |
| 電話番号  （携帯） |  | | | 年齢 | 歳 |
| 郵便番号 |  | 住所 |  | | |
| **３** | フリガナ |  | | | 生年月日 | |
| 参加者名 |  | | | 昭和・平成 | 年　　　月　　日 |
| 電話番号  （携帯） |  | | | 年齢 | 歳 |
| 郵便番号 |  | 住所 |  | | |
| **４** | フリガナ |  | | | 生年月日 | |
| 参加者名 |  | | | 昭和・平成 | 年　　　月　　日 |
| 電話番号  （携帯） |  | | | 年齢 | 歳 |
| 郵便番号 |  | 住所 |  | | |

令和５年　　月　　日申込

〇申込締切後、代表者様へ参加通知書をご郵送いたします。イベントの１週間前までに届かない場合は、スパランド裸・楽・良へご連絡ください。

〇申込数が定員２００人を超えた場合は、抽選を行います。

〇参加者全員に、主催者側でウォーキングイベント実施に必要な傷害保険に加入します。

上記の必要事項を必ずご記入してください。

〇上記記載の個人情報について、当財団では、厳正なる管理のもとに保管し、本イベントのご案内・ご連絡のためのみ利用いたします。

申込締切　**令和５年３月１７日（金）必着**

主　催　一般財団法人鹿児島市健康交流促進財団

送り先　スパランド裸・楽・良　里山めぐりウォーク係　〒891-1102　鹿児島市東俣町1450番地

連絡先　TEL　099-245-7070　FAX　099-245-7088　Mail　kenkouevent@spa-rarara.com