

三重とこわか健康応援カード申請書

申請日 令和 年 月 日

氏名		生年 月日	S H . . (歳)	男・女
住所		電話 番号		
市外 在住の人	住所 : 勤務先・学校等 :	市・町		

*** アンケートにご協力ください ***

(あてはまるものに○印をつけてください)

1. 伊勢市健康マイレージ事業を知ったきっかけは何ですか(複数可)。

この案内・広報・LINE・ホームページ・ケーブルテレビ・ちらしポスター
市実施イベント・知人等からの紹介・その他()

2. 伊勢市健康マイレージ事業は、健康づくりのきっかけになりましたか。

はい・いいえ

3. 伊勢市健康マイレージ事業に参加して生活習慣に変化はありましたか。

あった・なかった
↳ 運動習慣・食生活・その他()

4. 今後も健康づくりを継続できそうですか。

はい・いいえ・分からない

5. その他ご意見等ありましたら、ご記入ください。

[]

6. 市作成のウォーキングマップ、低カロリー・バランス食レシピをご活用いただいた方は、感想をご記入ください。

感想をご記入いただいた方には粗品をプレゼント!

ウォーキングマップ NO.()

レシピ NO.()・レシピ名()

提出先 : 伊勢市健康課 (中央保健センター)

<〒516-0072 伊勢市宮後1丁目1番35号 MiralSE 内 伊勢市健康福祉ステーション5階>

申請期間 : 令和6年3月15日(金)まで