

# 三重とこわか健康応援カード申請書

申請日 令和 年 月 日

保護者 ふりがな 氏名		生年 月日	S H . . ( 歳)	男・女
お子さん ふりがな 氏名		生年 月日	H R . . ( 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		

\*\*\* 保護者の皆様へ 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。

ウォーキングマップ NO.( )

レシピ NO.( )・レシピ名( )

感想をご記入いただいた方には粗品をプレゼント!

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 MiraiSE 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